FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

486

Présentée et soutenue publiquement le 26 JUIN 1946

LE PRÉVOST DE LA MOISSONIÈRE-CAUVIN

René-Louis-Ernest

Né le 17 juillet 1915, à Canteleu (Seine-Inférieure)

A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

25 JUIN 1956
ajaet KIUL a S

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **LE PREVOST DE LA MOISSONIERE-CAUVIN**

Prénoms : **René-Louis-Ernest.**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

LE PREVOST DE LA MOISSONIERE-CAUVIN (René - Louis Ernest). — A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas. *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in-8° r., 79 pages.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LE PREVOST DE LA MOISSONIERE-CAUVIN (René - Louis Ernest). — A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas. *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in-8° r., 79 pages.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LE PREVOST DE LA MOISSONIERE-CAUVIN (René - Louis Ernest). — A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas. *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in-8° r., 79 pages.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

LE PREVOST DE LA MOISSONIERE-CAUVIN (René - Louis Ernest). — A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas. *Paris, Librairie Arnette,* 1947, *in-8° r., 79 pages.*

(*Th. Méd.* (*Et.*), *Paris,* 1946, *N°* ....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le .....

LE PRÉVOST DE LA MOISSONIÈRE-CAUVIN

René-Louis-Ernest

Né le 17 juillet 1915, à Canteleu (Seine-Inférieure)

A propos d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR..... **Jean VERNE.**

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.), CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutiqu et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), M^lle^ J. LEVY (*Pharmacologie*) OLIVIER (*Anatomie*)

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
	N... ff DEBEYRE
Anatomie patholog.	DELARUE.
	M^lle^ GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.

	MM.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto - rhino - laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurg.	FEVRE.
	HUGIER.
	LEGER.
	MERLE D'AUBIGNE.
	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérim.	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (G.)
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.

	MM.
Pathologie médicale	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien)

	MM.
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R.

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*)

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	MM.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. - CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A Monsieur G. JOLY

Avec toute mon affectueuse reconnaissance.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PETIT-DUTAILLIS

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

Qui voulut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur Sylvain BLONDIN

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

A qui nous devons le sujet de ce travail et les conseils qui nous permirent de la mener à bien.

A Monsieur le Docteur GUILLET

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui, après avoir été pour une grande part dans notre détermination à devenir médecin, fut toujours pour nous un guide et un appui très sûrs.

A Monsieur le Professeur J. PETIT

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rouen
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Notre premier maître, il restera toujours pour nous un exemple. Qu'il trouve ici l'expression de notre très respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur PIERSON

Médecin des Hôpitaux de Rouen.

Dont l'amitié ne nous ménage jamais les conseils.

A Monsieur le Professeur agrégé BARIÉTY

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

En modeste témoignage de reconnaissance pour ce que son enseignement si clair nous permit d'apprendre en phtisiologie.

A Monsieur le Professeur agrégé SUREAU

Médecin-chef de l'Hôpital Foch

Accoucheur à la Pitié.

Qui voudra bien trouver ici, nous l'espérons, l'expression de notre gratitude pour l'accueil qu'il voulut bien nous réserver à l'Hôpital Foch.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN

MESSIEURS LES DOCTEURS :

SAMSON *(In memoriam)*

DÉVÉ

LECAPLAIN *(In memoriam)*

LAURET

DESSAINT

CASTAGNOL.

INTRODUCTION

Une observation inédite et intéressante que nous a confiée le docteur Sylvain Blondin a attiré notre attention sur une affection, certes, peu fréquente, mais qui constitue un point assez particulier de pathologie chirurgicale, les hygromas de la bourse séreuse du psoas.

Partant de cette base, nous avons pu, après des recherches bibliographiques aussi complètes que nous l'ont permis les circonstances, retrouver une quarantaine d'observations de bursite sous-iliaque.

Nous avions pensé étudier séparément les hygromas aigus et les hygromas chroniques, ce qui avait le mérite d'une plus grande clarté. Si nous y avons renoncé, c'est qu'il nous est apparu que la comparaison de ces deux grands groupes au cours de chacun des chapitres de cette étude permettait sans doute de saisir plus facilement les analogies et les différences.

Le plan que nous avons suivi est celui-ci : après un bref historique de la question et la collection des observations, nous étudierons successivement à la lumière de celles-ci l'anatomie de la bourse du psoas ; puis l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution et le pronostic, le diagnostic et le traitement des hygromas de cette bourse. Enfin, quelques conclusions résumeront ce court travail.

HISTORIQUE

Le petit nombre d'observations et de communications concernant l'hygroma de la bourse séreuse du psoas indique immédiatement que c'est là une affection exceptionnelle. Cependant il n'est pas interdit de pensr qu'elle est un peu plus fréquente qu'on ne le pensait à première vue, mais qu'elle est méconnue. On ne trouve, en effet, dans les classiques, que fort peu de renseignements sur ces hygromas, ce qui ne contribue pas peu à en rendre le diagnostic assez difficile. Pour ne citer qu'un exemple, le précis de pathologie chirurgicale ne contient que quelques lignes de Lecène concernant ce sujet.

Le chiffre des observations publiées depuis une centaine d'années s'élève seulement à quarante. Les plus anciennes sont celles de Fricke, publiées en 1834, suivies par celle de Chaissaignac en 1844, et celle de Velpeau en 1847. Notons en passant que cette dernière servit de base à la thèse de Joly, qui constitue la première monographie sur le sujet.

Ce n'est que sensiblement plus tard, en 1863, qu'un nouveau cas est présenté par Maisonneuve au cours d'une leçon clinique. Mille huit cent soixante-huit est, pour l'étude des hygromas, une année importante. Cette année-là, en effet, Ehrle rapporte, dans la *Würtemberg Medizinische Correspondantblatt*, une observation de Luschka et une de Ehrle, tandis que Heineke en publie une autre dans un mémoire paru à Erlangen.

Un nouveau cas signalé par Rose, en 1873, donna lieu à une erreur de diagnostic puisque cet hygroma fut pris pour un abcès de la région du pli fessier et incisé comme tel.

Plusieurs observations s'échelonnent entre celle de Rose et la publication, en 1895, du travail de Durville sur les hygromas de la bourse séreuse du psoas. Cette monographie constitue une source capitale pour qui étudie cette question, ainsi que le reconnaissent les auteurs qui s'en sont occupés par la suite, de même qu'une étude de Zuelzer un peu postérieure.

En 1902, quatre cas sont publiés, trois par Lund, à la suite d'un assez long article résumant la question, le quatrième par Delbet.

De cette date à 1925, où parut une très importante étude de Gatch et Green, dans laquelle ils mentionnent toutes les observations publiées jusqu'à ce moment et relatent un cas personnel, on ne trouve que quatre observations assez espacées et une note de Auvray dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* de 1919. Six observations, cependant, ne sont pas résumées dans l'article de Gatch et Green, vraisemblablement parce qu'elles ne concernent que des hygromas inflammatoires, alors que ces auteurs étudient plus spécialement les hygromas chroniques simples.

De cette date jusqu'à maintenant, nous ne mentionnerons que la thèse de Vasserot, écrite en 1933, et qui ajoute aux précédentes cinq nouvelles observations dues, dans l'ordre chronologique, à Arrou, Sorrel, Phelip et Chastenet de Géry ; une communication du professeur Sénèque à l'Académie de Chirurgie et un article de Michans, paru en 1940 dans *El Dia Medica*, et dont nous n'avons d'ailleurs pas pu prendre connaissance, les événements ayant empêché la réception de ce journal des dernières années.

OBSERVATIONS

Obs. I (Fricke). — *Hygroma chez un tuberculeux pulmonaire consécutif à une arthrite tuberculeuse. Mort.*

Un homme de 35 ans présentait une douleur très vive descendant le long de la face postéro-interne de la cuisse. Il existait une grosse tumeur répondant par son siège et sa forme à la bourse séreuse sous-iliaque gauche. Tout le membre inférieur droit était le siège d'un œdème considérable. Le malade mourut de tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — La tumeur s'étendait depuis l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, près du ligament de Poupart, jusqu'au 1/3 supérieur du fémur. Après sa réunion par une section transversale de deux incisions faites pendant la vie, la peau se laisse librement rabattre sur le ligament de Poupart et montre à nu tous les muscles, et le tissu cellulaire sous-cutané changé en une masse ichoreuse. Sous le ligament de Poupart, là où le tendon arrive sur la crête pectinéale à côté des vaisseaux de la cuisse existe un cul de sac rempli d'une masse ichoreuse. Au même endroit, un autre trajet fistulaire se dirigeant profondément dans l'intérieur vers les ischions. Tout près de l'endroit où le muscle psoas passe sur la crête iliaque existe une autre collection purulente. Les os du bassin étaient sains et ne présentaient pas de nécrose. Le psoas était complétement décoloré avec un périmysium intact.

Le ligament capsulaire, mis à nu, était presque noir, épaissi, rigide et manifestement dégénéré ; à la partie postéro-interne du grand trochanter apparaissait libre au milieu des muscles une cavité purulente communiquant avec le ligament de la capsule par une petite ouverture. On met à nu la bourse iliaque. Celle-ci d'une grosseur et d'une étendue considérables est remplie de pus qui sur plusieurs points s'est frayé une issue : il existe des collections purulentes aussi bien dans les mucles que dans le tissu cellulaire à la partie supérieure de la cuisse et le long du muscle psoas. il existe une ouverture de communication de forme ronde, de la taille d'un sou entre la bourse et l'articulation, à travers laquelle apparaît la tête articulaire nécrosée.

Après section du ligament de la capsule à sa partie postérieure, où il était le plus décoloré et épaissi, et séparation du ligament rond, on voit toute la surface de la tête articulaire, nécrosée, atrophiée, bosselée et noire. Le revêtement cartilagineux était complètement détruit. Vers le col du fémur qui n'était nécrosé qu'à la surface antérieure, on voit la synoviale ramollie, épaissie et végétante. Quant à la portion qui délimitait la communication avec la bourse iliaque, elle était en partie épaissie et en un point voisin de l'orifice de communication avec la bourse, visiblement ramollie.

Obs. II. (Chassaignac). — *Kyste sérieux de la gaine du psoas. Injection iodée. Guérison.*

Roussel, journalier, constitution vigoureuse, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 20 décembre 1944.

Il y a un an, ce malade ressentit des douleurs assez vives dans la région lombaire et dans la cuisse gauche, douleurs qui disparaissaient et se reproduisaient à des intervalles irréguliers. Un mois après le début de cette affection, le malade dut renoncer à tout travail, il y a quatre à cinq mois seulement qu'il s'aperçut de la formation d'une tumeur dans l'aine, tumeur situé au-dessous du ligament de Fallope entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'orifice inférieur du canal inguinal, grosse comme un œuf de poule, tumeur qui ne présentait de fluctuation en aucun point.

On diagnostique d'emblée un kyste de la gaine du psoas iliaque. Une ponction pratiquée donne issue à un liquide limpide citrin semblable à de la synovie légèrement colorée. Pas de résultats. Une seconde ponction pratiquée 25 jours plus tard ramène une liquide filant, citrin, transparent (un verre environ). Injection avec parties égales d'eau et de teinture d'iode. Le 10 février, la tumeur s'effaçait de plus en plus et le 21, la résorption est presque complète. Il ne reste pas qu'un petit noyau à peine appréciable. Exeat.

Obs. III. (Velpeau, *in thèse de* Joly). — *Hygroma chronique de la bourse du psoas. Ponction :*

Après avoir éliminé toutes les tumeurs réductibles, le Professeur Velpeau s'arrête un instant à l'idée d'un abcès froid ou d'une maladie de l'articulation, ou enfin d'un kyste de la bourse séreuse sous-psoïdienne. Cependant la bonne constitution du sujet éloignait l'idée d'un abcès. La situation de la tumeur au devant de l'articulation aurait pu faire croire à une affection de cette dernière ; mais l'absence de douleurs et de déformation, la liberté

des mouvements de la hanche, ne permirent pas de s'arrêter plus longtemps à cette pensée ; il ne restait donc plus que les kystes à invoquer. Ce n'était pas un kyste superficiel ; sa forme, sa situation et surtout sa profondeur, tout semblait donc accuser la bourse séreuse du psoas iliaque.

Ponction exploratrice : Issue d'un verre de sérosité ; disparition complète de la tumeur. Celle-ci reparut au bout de quelques jours. Le malade ne permit pas de faire une injection iodée.

Obs. IV. (Nathalis Guillot *in* Maisonneuve). — *Hygroma chronique. Décès par infection intercurrente.*

Il s'agit d'un vieillard septuagénaire dont la marche est très gênée, il se sert d'une béquille depuis une vingtaine d'années. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont possibles, même faciles, il y a un raccourcissement de la jambe de plus de quatre centimètres.

La région inguinale offre à considérer une tumeur sous-jacente à l'artère, qu'elle soulève et dont on voit les battements ; la veine crurale est également soulevée et plus superficielle. La limite inférieure de la tumeur est à 3 centimètres environ du ligament de Poupart ; sur les côtés, elle dépasse l'artère qui la coupe à son milieu de 3 centimètres en dedans et en dehors. En haut, la délimitation est impossible. Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est lisse et régulière ; elle est fluctuante et douloureuse au toucher.

Le malade étant mort de pneumonie, on rencontrera à l'autopsie les particularités suivantes :

1° Disparition du col et de la tête du fémur ; la cavité cotyloïde est remplacée par une surface légèrement saillante.

2° La cavité articulaire communiquait dans la région du petit trochanter par un petit canal avec une tumeur kystique placée derrière le psoas iliaque et remontant jusque dans le bassin dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

3° La capsule de la tumeur était formée de tissu fibreux dense. La tumeur et la cavité articulaire étaient remplies d'un même liquide visqueux, filant, jaunâtre.

Obs. V (Luschka).

Jeune fille morte d'infection purulente consécutive à une thyroïdectomie. A l'autopsie, on trouva la bourse sous-iliaque gauche emplie de pus. Articulation coxo-fémorale libre. Veine fémorale oblitérée par un thrombus.

Obs. VI. (Richet *in* Ehrle). — *Hygroma de la bourse séreuse du psoas. Opération. Guérison.*

Ehrle, de passage à Paris, a observé à la Pitié, dans le service de Richet, le cas suivant :

Début. — Un tonnelier vigoureux, âgé de 33 ans, ressentait depuis bientôt 13 ans, de vives douleurs à la face antérieure et interne de la cuisse droite. Ces douleurs partaient d'un point situé dans le pli inguinal ; elles irradiaient parfois jusque dans le genou. Depuis 4 mois seulement, le patient a remarqué l'apparition, à la partie supérieure du triangle de Scarpa, d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule.

Etat actuel. — Cette tumeur, ovoïde à grand axe longitudinal, siège exactement en arrière et un peu au-dessous du ligament de Fallope, à la partie externe de la région inguino-crurale, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux. Le grand diamètre de la tumeur est parallèle au bord interne du psoas. La peau est mobile sans modification de couleur ni d'épaisseur. En portant le fémur dans l'extension, la tumeur durcit ; dans l'attitude opposée, on la sent molle et nettement fluctuante, et on constate d'une façon très manifeste que le psoas est soulevé par elle. Les manœuvres consistants à porter la cuisse en extension et en rotation externe exagèrent notablement les douleurs, qui sont atténuées lorsque le membre est fléchi. Articulation de la hanche absolument libre.

Opération. — Richet ponctionne cette tumeur et évacue un liquide clair, visqueux, avec quelques « concrétions albumino-fibreuses » (grains riziformes ?). La ponction est suivie d'une injection iodée ; réaction modérée ; guérison.

Obs. VII. (Heineke).

Jeune femme de 34 ans, observée à la clinique de Dreifswald.

Début. — Il y a plusieurs années, cette malade présenta une inflammation rhumatismale des articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale, du même côté. L'arthrite du genou laissa à sa suite pendant plusieurs mois une hydrathrose qui finit par se résorber spontanément, au bout de quelque temps. Lorsque la malade reprit ses essais de marche, elle ressentit une grande faiblesse dans les hanches. Les cuisses refusaient de la porter et la patiente dut s'aliter de nouveau.

Etat actuel. — A l'examen de la hanche droite, on découvre une tumeur d'un volume notable, nettement fluctuante, indolente à la

pression, qui, commençant légèrement au-dessus de l'Arcade de Fallope, se prolonge en bas le long du muscle psoas iliaque et soulève l'artère fémorale.

Une pression soutenue exercée sur la tumeur a pour effet d'en diminuer le volume ; mais elle reprend ses dimensions primitives dès qu'on cesse cette pression.

Les mouvements passifs de l'articulation coxo-fémorale s'accomplissent librement et sans souffrance ; mais dans les mouvements communiqués d'une grande amplitude, on sent, à certains moments, un bruit crépitant. Les mouvements actifs se font sans force et sont étroitement limités. S'appuyant sur la situation et la direction de la tumeur fluctuante, sur la réductibilité partielle, sur les troubles fonctionnels concomitants de l'articulation de la hanche (atteinte antérieure d'une arthrite aiguë), Heineke posa le diagnostic d'hygroma séreux de la bourse iliaque.

Traitement. — Par le repos, les vésicatoires, les badigeonnages iodés ; pas de résultat.

Obs. VIII. (Rose). — *Hygroma aigu post-typhique. Incision. Drainage. Guérison.*

W. B., 28 ans, garçon maigre et d'aspect chétif se plaint depuis deux ans de sa hanche à la suite d'une fièvre typhoïde. Depuis ce moment, la marche était devenue très difficile et 6 semaines après il vit apparaître sur la hanche gauche, une tumeur fluctuante tendant à faire saillie à la face antérieure de la région et un peu en arrière.

Cet abcès fut pris pour un abcès fessier et incisé en arrière ; mais au bout de deux jours l'erreur fut reconnue et une deuxième incision dut être pratiquée en avant, néanmoins on ne nota aucune amélioration et 6 mois plus tard le malade revenait nous trouver avec les mêmes accidents fonctionnels.

Etat actuel. — A la face antérieure de la hanche, un pouce en dehors de l'artère fémorale et 4 pouces au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure existe une tuméfaction avec rougeur et amincissement de la peau : cette tumeur se prolonge en dedans de l'épine iliaque sous le tendon du muscle iliaque.

Impossible d'étendre la jambe gauche : lorsqu'on essaie ce mouvement la tumeur devient extrêmement fixe et tendue. A la partie inférieure existe encore une fistule, trace de la première opération par laquelle se sont éliminés à plusieurs reprises des bouts d'os nécrosés.

Opération 16. X. 72 : Chloroforme. Elargissement de la fistule exploration digitale : on trouve l'os rugueux, mais non mort exactement au niveau du point où passe le tendon du muscle iliaque, une contre-ouverture est faite à 1 pouce en dedans et au-dessous de l'épine iliaque.

22. : Amélioration. Injection quotidienne de solution phéniquée.

20. XI. 72 : Ablation d'un morceau d'os nécrosé situé au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure.

25. : Petite hémorragie après un transport.

3. 1. 73 : Ablation du tube à drainage ; très peu de suintement ; l'extension de la cuisse est presque aussi complète que du côté opposé.

23 : Le malade quitte l'hôpital. Il reste une petite fistule antérieure ; revu à plusieurs reprises il garde toujours la petite fistule par laquelle s'éliminent de temps à autres des esquilles. La marche est satisfaisante à condition d'être modérée.

Obs. IX. (Schaeffer).

Paul de H..., 40 ans, artisan vigoureux, est admis à la clinique, le 28 octobre 1879.

Chute. — Chute de voiture, il y a deux ans, dans laquelle la partie supéro-interne du fémur a dû être particulièrement contusionnée. Un an et demi après le traumatisme, il commence à se plaindre de douleurs et de légers troubles fonctionnels. Bientôt après, il remarque à la partie supéro-interne de la cuisse une tuméfaction du volume d'un citron, qui augmente rapidement, de même que les douleurs, qui irradient dans la jambe.

Etat actuel. — Amaigrissement marqué du membre. Dans la région inguinale sous le ligament de Poupart, tuméfaction tendue, grosse comme la tête d'un enfant, de forme ovoïde, qui confine du côté interne aux gros vaisseaux, mais paraît surtout profondément encastrée dans la musculature de la cuisse ; son diamètre est en flexion légère ; l'extension complète, l'abduction et la rotation externe sont très douloureuses ; la tuméfaction acquiert alors une dureté ligneuse. La cuisse fléchie, la tumeur devient fluctuante, en même temps qu'apparaît une seconde tumeur plus petite et grosse comme une pomme, située immédiatement en arrière du grand trochanter sur le bord inférieur du muscle grand fessier ; lorsque la jambe est étendue cette seconde tumeur devient dure comme un fibrome ; lorsqu'elle est fléchie, on la sent plus molle et complètement réductible ; mais aussitôt la tumeur externe se distend ; il n'y a pas de doute que ces deux cavités ne com-

muniquent entre elles dans la région du petit trochanter. Les mouvements de l'articulation de la hanche sont complètement libres ; la tête du fémur est bien solide dans la cavité. Aucun signe de carie de la colonne vertébrale.

On hésitait entre l'hygroma de la bourse iliaque ou un kyste à échinocoques. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz ramena un liquide jaune comme de l'ambre, filant et consistant comme du blanc d'œuf.

Opération. — Le 11 novembre 1879, incision du sac. On recueille 60 grammes d'un liquide clair analogue à la synovie ; la paroi du sac est épaisse ; la surface interne est blanche, brillante et régulièrement cloisonnée par des travées conjonctives ; elle est parsemée de petites végétations qui font saillie dans la cavité. Extraction totale. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un hygroma. Pendant l'opération, l'exploration digitale montre sur le bord interne du ligament de Bertin un grand orifice capsulaire au rebord dur et tranchant, qui permet l'introduction de deux doigts et qui fait communiquer la bourse kystique avec la cavité articulaire ; derrière le col du fémur, on n'arrive pas à découvrir l'orifice de communication avec la poche postérieure complètement vidée cependant après l'incision. Deux drains. Guérison, mouvements articulaires libres.

Obs. X (Michel Charleston).

Grosse tumeur fluctuante et non douloureuse de la partie supéro-interne de la cuisse droite, chez un nègre de 50 ans, et allant du ligament de Poupart au genou. A l'opération, on trouva une poche adhérente, contenant une grande quantité de sérosité sale, et s'étendant jusqu'aux vaisseaux, entre les adducteurs, et vers le bassin. Mort quinze jours après. Pas d'autopsie.

Obs. XI. (Werner *in* Volkmann).

Il s'agit d'un jeune homme chez lequel la tumeur, qui contenait deux litres de synovie claire, allait depuis le petit trochanter jusqu'à la tête iliaque et sous le ligament de Poupart jusqu'au bassin. L'enflure s'était produite sans inflammation et l'absence de fièvre et de douleurs locales faisait repousser l'idée d'un abcès par congestion avec lequel la tumeur avait la plus grande ressemblance.

Obs. XII. (Volkmann).

Un adulte présentait une nécrose de la hanche avec tuberculose miliaire de la membrane synoviale de la bourse séreuse. On trouve

un abcès de la grosseur du poing distendu par du pus caséeux, et ne communiquant pas avec l'articulation. La paroi du sac était remplie d'une matière dense de granulations miliaires. Les ganglions étaient caséeux et ramollis. Dans les autres organes aucune tuberculose.

Obs. XIII (Paget et Baker). — *Hygroma chronique chez un arthritique. Ponctions. Récidive.*

Le patient, décorateur, était en bonne santé à part du rhumatisme. Depuis trois ans, il avait été tourmenté par une douleur dans la hanche gauche et le genou. Le mal avait progressivement empiré de telle façon que lors d'un premier examen sa hanche était immobilisée. On enregistra à ce moment qu'il y avait une légère plénitude au-dessous du ligament de Poupart. Après le traitement, il fut amélioré au point de pouvoir s'en aller faire son travail pendant six ans. Au bout de ce temps, il revint avec une impotence marquée du genou gauche et de la hanche. Le membre était raccourci de 2 cm. et éversé. La totalité du triangle de Scarpa, du ligament de Pourpart au milieu de la cuisse était occupée par un large kyste hémisphérique d'un diamètre approximatif de 18 cm. Sur ponction, 42 onces de liquide jaune furent aspirées. A une date ultérieure, 40 onces furent retirées.

Obs. XIV (Prengrueber-Porier). — *Hygroma chronique. Ponction. Récidive. Emollients. Guérison.*

Il s'agit d'un homme de 54 ans, charretier, qui est entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Périer pour une tumeur de la région inguinale. Il fut examiné par M. Prengrueber.

Début. — Cette tumeur apparue insidieusement, s'accrut peu à peu. Grosse comme un œuf de poule environ, elle amena une certaine impotence et quelques douleurs à formes névralgique le long du trajet du nerf crural.

Etat actuel. — La tumeur occupe la partie supérieure et externe du triangle de Scarpa, mais se prolonge sous l'arcade crurale. elle est nettement circonscrite. Elle est de consistance dure, mais rénitente. Elle n'est pas réductible. Son siège est profond. Le psoas repoussé en avant se dessine nettement sous la peau dans la flexion de la cuisse. L'artère est superficielle, en avant et en dedans. Pas de lésion osseuse (vertèbres, os iliaque) et de points douloureux électifs. M. Prengrueber se rangea à l'hypothèse d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas.

Opération. — Une ponction faite avec l'appareil de Potain donna lieu en effet à la sortie d'un liquide clair, filant, glutineux, analogue au liquide de tous les hygromas.

Repos. Guérison momentanée. Après reprise de ses pénibles travaux, le malade récidive. La tumeur reparue, est entourée de tisons enflammés. Le repos, les émollients guérissent à peu près le malade.

Obs. XV. (Sprengel). — *Hygroma chronique. Opération. Guérison.*

Frudenberg, âgé de 51 ans, vigoureusement charpenté, bonne santé habituelle.

Début. — Depuis bientôt un an, souffrant sans motif connu de douleurs au genou droit, il a remarqué depuis cinq mois une tuméfaction croissante de la région droite du ligament de Poupart, et une légère douleur dans les mouvements de l'articulation de la hanche. Le malade devint incapable d'un travail persistant.

Etat actuel. — Le malade boîte en marchant d'une manière très marquée. Les douleurs sont insignifiantes ; surtout sensation de faiblesse dans la jambe droite notablement amaigrie. Dans l'aine, sur la partie antérieure de l'articulation de la hanche droite, on remarque une tuméfaction ovoïde. Celle-ci siège sous le ligament de Poupart et empiète dans le bassin ; elle s'étend en bas jusqu'à environ 6 cm. sous le ligament de Poupart ; du côté interne jusqu'à la limite du tiers interne et médian de ce même ligament ; du côté externe en haut jusque près de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; plus loin et plus bas, elle est limitée par le bord antérieur du tendon du fascia lata. La tumeur est rénitente, cuisse étendue ; dans la flexion, la fluctuation est insignifiante. Si l'on exerce une pression intermittente, on sent un petit craquement sous le doigt. L'articulation de la hanche est intacte ; la légère limitation des mouvements n'est produite que par l'effet de la tuméfaction. A la colonne vertébrale et au bassin, exploration par le rectum, aucune affection sensible. La ponction exploratrice évacue un liquide jaune, légèrement teinté, et un peu visqueux.

Opération, 17 octobre 1886. — Le sac d'un gris bleu brillant est largement incisé ; on vide environ un tiers de litre du liquide ci-dessus cité. La paroi du sac est mince et complètement unie à l'intérieur ; en deux ou trois endroits cependant, excroissances pédonculées, minces, semblables à des franges articulaires ; on les enlève aux ciseaux. On aperçut sur le côté antérieur et interne de l'articulation un orifice de communication par où le doigt sentait

facilement la tête du fémur. Lavage complet avec de l'eau phéniquée à 2 1/2 % ; irrigation avec du sublimé à 1/500. Drainage. Guérison.

Obs. XVI (Hoffa).

Un homme se plaignait de douleurs dans la région de la hanche droite, et descendant même au genou. Un an auparavant, il s'était blessé à la jambe, mais il n'en avait ressenti aucun trouble jusqu'à cette époque. A l'examen, le membre était en flexion partielle, avec légère abduction et rotation externe. La mobilisation de la cuisse à l'opposé de ces directions, c'est-à-dire en adduction, flexion et rotation interne, était limitée et douloureuse. Une tumeur à la partie supérieure de la cuisse, en dessous du ligament Poupart fut aisément constatée.

Obs. XVII (Le Dentu-Dagron). — *Hygroma chronique. Ponction. Récidive. Opération. Mort.*

S... Charles, 69 ans, charretier, est admis le 12 novembre 1890, dans le service du Professeur Le Dentu.

Début. — Il est porteur d'une hernie inguinale droite depuis 1888, apparue brusquement pendant un effort et peu gênante. Vers le milieu d'octobre 1890, il commença à ressentir quelques vagues douleurs dans la région inguinale droite et une certaine gêne dans la marche ; il remarque alors la présence d'une tumeur grosse comme une noix, bien indépendante de sa hernie.

Etat actuel. — On constate, en effet, à la région inguinale droite deux tumeurs : une externe et une interne. La première tumeur affecte la forme d'un losange dont le plus grand diamètre, horizontal, correspondrait au pli de l'aine et mesure 8 cm. tandis que le diamètre vertical n'aurait que 5 cm. On sent battre l'artère à la partie interne de la tumeur dont la partie la plus extrême correspond à l'épine iliaque. Elle est très molle, nettement fluctuante ; on ressent une fluctuation au-dessus de l'arcade de Fallope et elle est très manifeste par la double palpation abdominale et crurale. On ne sent aucune irrégularité, aucune bosselure. En faisant contracter le couturier, on voit qu'elle est placée sous le muscle. Les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux.

La seconde tumeur est une hernie inguinale réductible, entéro-épiplocèle tendant à devenir scrotale.

L'état général est très bon.

Le 27, par ponction du kyste avec l'aspirateur Potain, on retire 250 gr. d'un liquide filant, transparent, légèrement citrin, que l'analyse chimique démontre être riche en albumine. Compression ouatée. Mais en 8 jours la poche avait repris son volume primitif.

Opération, 9 décembre 1890, sous chloroforme (kyste et hernie). — On ne remarque pas de communication entre le kyste et l'articulation.

Le malade, indocile, mourut peu après d'infection purulente.

Autopsie. — La tumeur s'étendait en haut sur le psoas et remontait sur le muscle iliaque à 4 cm. au-dessus du ligament de Poupart. Sur les côtés, elle se mettait en dehors en rapport avec le couturier et le droit antérieur, qu'elle soulevait même un peu, se glissant entre les muscles ; en dedans, elle correspondait avec la tête fémorale, puis envoyait en bas un prolongement situé sous les vaisseaux et contournant le fémur pour venir se terminer à la partie postérieure de cet os ; ce cul-de-sac est situé entre le moyen et le grand adducteur. Il y a communication entre la séreuse iliaque et la séreuse articulaire sur une longueur de 4 cm. Les parois de la poche sont épaisses de 2 mm.

Obs. XVIII (Sonneborn). — *Hygroma chronique. Plâtre et glace. Guérison.*

B. Charles, sacristain, 46 ans, entré le 12 janvier 1874.

Depuis juin 1873, le malade est traité pour une affection rhumatismale de la hanche ; il n'y a pas eu de traumatisme. La marche et la station debout sont impossibles ; pas de signe de coxalgie. A la surface antérieure de la cuisse, dans le voisinage de la capsule articulaire, légère tuméfaction, douleurs et fluctuations indécises. Traitement par bandage, plâtre et glace.

La douleur diminue peu à peu. Une fois qu'on a enlevé le bandage, rigidité invincible, qui doit être combattue par des mouvements passifs et par des bains. Il quitte l'hôpital, le 5 mai 1874, avec l'articulation de la hanche normale.

Revu un an plus tard, il était encore bien portant.

Obs. XIX (Mommsen).

Le patient avait une tumeur non douloureuse provenant de la région du psoas iliaque, au-dessous du ligament de Poupart. L'artère fémorale était portée en avant par la masse. La tumeur était fluctuante et par pression diminuait de volume.

Obs. XX (Mommsen).

Un homme âgé de 50 ans, se plaignait de difficulté dans la marche, due à une grosseur dans la région inguinale droite. Celle-ci s'était accrue jusqu'à atteindre deux poings. Elle était de consistance ferme, non fluctuante et seulement un peu mobile. Le diagnostic avant l'opération était : sarcome du fascia de la cuisse. A l'opération, sa vraie nature fut établie.

Obs. XXI (Schwartz).

Chap. Claude, carrier, entré le 8 décembre 1895.

Ce malade a été opéré et soigné au mois de mai 1895. Il a vu se développer une tuméfaction à la racine de la cuisse avec douleur le matin surtout. Elle disparaissait dans la journée. La tuméfaction augmentant toujours, il se présenta à la consultation de l'Hôpital International où le docteur Archambaud diagnostiqua des ganglions enflammés et conseilla une pommade fondante et du massage. Après un mois de ce traitement inutile, le malade alla à Cochin. Ce malade a eu une pleurésie il y a trois ans et tousse de temps en temps ; homme un peu amaigri, sans antécédents héréditaires notables.

Etat actuel. — Tumeur siégeant à la racine de la cuisse à a partie supérieure externe du triangle de Scarpa, en dehors de la fémorale qui lui communique ses battements ; elle paraît rénitente. fluctuante, très profondément située. Du volume d'un œuf d'oie, elle paraît régulièrement ovoïde avec grand axe vertical.

On pense à un sarcome mou ou plutôt à un abcès froid. sans localiser ; hanche absolument intacte.

Opération. 8 mai. 95. — En traversant couche par couche les plans on arrive sur le psoas et la tumeur qui est un abcès froid de la bourse du psoas ; incision ; écoulement d'un liquide séreux et de paquets de grains riziformes qui sont recueillis ; drainage à la gaze iodoformée et pansement au naphtol ; la plaie se ferme lentement et le malade sort le 21 juillet avec une petite fistule encore ouverte.

L'examen bactériologique fait par le docteur Chauffard a montré la nature tuberculeuse de l'infection. Après son départ du service du docteur Schwartz, ce malade entra chez M. Quenu où l'on constata une profonde fistule et de très intenses craquements articulaires ; on se borna à quelques injections de Naphtol camphré.

Etat au 10 décembre 1895. — Amaigrissement mais avec encore assez bonne apparence ; si l'appétit est diminué ainsi que le sommeil, il n'y a ni sueur ni fièvre ; urines normales ; souffle cardiaque systolique ; légère matité du sommet droit et respiration

obscure ; ongles hippocratiques. La jambe droite est dans l'extension ; la douleur est peu vive à l'état de repos ; mais si le malade veut soulever la jambe, il est arrêté par une douleur vives et une résistance postérieure ainsi que par le craquement articulaire déjà signalé. Cuisse atrophiée : 31 cm. 5 au lieu de 37 à gauche jambe normale. Une légère pression à peine sentie à gauche devient douloureuse à droite. La douleur spontanée est peu vive. Son maximum est du côté interne du triangle de Scarpa ; la rotation externe l'augmente mais non les chocs sur le talon. La marche n'est pas douloureuse ; le malade se sert de béquilles, accusant dans sa jambe droite surtout une sensation de faiblesse. Ajoutons que le malade a eu dans sa jeunesse une fracture du péroné qui a laissé après elle une boiterie permanente. Allongement apparent du membre inférieur droit.

A l'aine, deux fistules, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pli de l'aine ; la première conduit sur une surface osseuse dénudée ; la seconde traverse de part en part la cuisse ; l'exploration est peu douloureuse ; aucun suintement. On prescrit des injections au naphtol camphré en attendant un acte opératoire qui paraît indispensable.

15 *décembre.* — Le malade est pris de fièvre ;; les fistules laissent écouler un pus abondant aux grains riziformes ; les pansements sont continués et l'opération différée ; la douleur un peu augmentée atteint son maximum à la partie supérieure antérieure de la cuisse.

Obs. XXII (Herdtmann).

Le patient avait eu sa jambe gauche écrasée entre deux véhicules. Une tuméfaction douloureuse de la bourse du psoas iliaque se développa. La flexion ou la rotation interne occasionna beaucoup de douleurs.

Obs. XXIII (Couteaud).

Un homme, âgé de 31 ans, avait eu la syphilis six ans auparavant. Sur le côté interne de la cuisse était une tumeur aux contours réguliers, de la grosseur d'un œuf. De la fluctuation pouvait être obtenue et il fut établi que la masse fluctuante s'étendait en haut dans le pelvis. L'articulation de la hanche était normale. La ponction révéla que le liquide contenu était clair, jaune, visqueux.

Obs. XXIV (De Weck et Duprez).

Un homme, âgé de 37 ans, avait eu, il y avait 26 ans une fracture du fémur près de son extrémité supérieure. Après consolida-

tion, le membre était raccourci de deux centimètres, et un peu de tuméfaction diffuse persistait dans la région inquinale.. Quatre ou cinq mois avant l'opération la tuméfaction devint douloureuse et son volume diminua. Par ponction, un liquide limpide, sirupeux, très riche en albumine, fut retiré. Par la suite, la tumeur ayant reparu fut repérée et excisée.. Elle avait à peu près la dimension d'un œuf et était fluctuante. Le liquide contenu ressemblait au liquide synovial. En plus du liquide, le sac contenait deux corps jaunes blanchâtres formés de tissu fibreux, de cartilage et d'os. La tumeur occupait la position de la bourse du psoas iliaque.

Obs. XXV (Pierre Delbet).

M. Pierre Delbet présente à la Société de Chirurgie de Paris le 17 décembre 1902, trois corps étrangers ayant chacun le volume d'une très grosse noix, trouvés dans un hygroma de la bourse du psoas.

Il avait fait le diagnostic d'hygroma de la bourse du psoas, mais il n'avait pas reconnu avant l'opération la présence de ces corps étrangers. Ils occupaient, en effet la partie inférieure de la bourse qui est séparée de la peau par des muscles épais. Le plus volumineux était contre le petit trochanter, et il eut de la peine à le déloger. Ces corps ont l'aspect et la structure des corps étrangers articulaires, et cependant il affirme, ayant largement ouvert la poche, qu'elle ne communiquait pas avec l'articulation coxo-fémorale. Il avaient donc bien pris naissance dans la bourse du psoas..

Le malade qui les portait a été opéré le 14 août. Il y a longtemps qu'il est complètement guéri.

Obs. XXVI (Lund et Post). — *Hygroma aigu. Excision de la bourse. Guérison.*

M. D., âgé de 70 ans, agriculteur, fut admis au City Hospital, dans le service du docteur Post, le 17 juin 1899.

Antécédents personnels : Le malade a eu une pneumonie cinq ans auparavant. et depuis tousse tous les hivers. Le matin du jour de son entrée. il avait noté une grosseur à l'aine droite causant des souffrances violentes et de la raideur de la jambe. Il était constipé depuis deux jours et un médecin fit un diagnostic probable de hernie étranglée. Il tenta même de la réduire. Ces tentatives lui causèrent une grande douleur. Un second médecin, appelé en consultation, confirma le diagnostic de hernie crurale étranglée et conseilla l'envoi à l'hôpital du malade.

Examen (Lund). — L'examen révélait un homme relativement amaigri, dont les articulations des doigts montraient une déforma-

tion ostéo-arthritique. On n'avait fait aucun examen de l'articulation coxo-fémorale. A la région crurale droite, juste au dessous du ligament de Poupart et immédiatement en dehors de l'artère fémorale, qui était soulevée et pouvait être perçue par ses pulsations. il y avait une tumeur de la dimension d'un demi-œuf. On pouvait percevoir une fluctuation profonde. La tumeur était extrêmement sensible et la peau la recouvrant légèrement irritée. L'anneau inguinal externe était normal et la hernie crurale était exclue, au fait que la tumeur était externe et postérieure par rapport à l'artère fémorale. Le diagnostic posé fut : abcès profond en avant de l'articulation coxo-fémorale.

Intervention. — Une incision verticale est faite au-dessus de la partie la plus proéminente de la tumeur. Elle part de l'arcade crurale et se dirige vers le bas sur une longueur d'environ deux pouces. Le nerf crural fut trouvé étiré et repoussé en dehors par la tumeur. L'incision pratiquée le long du bord interne du tendon du psoas iliaque arriva à un sac épais. On incise celui-ci. Il s'écoule environ une once d'un liquide séro-fibrineux. L'examen digital montre une cavité à parois lisses avec membrane synoviale se trouvant du côté interne et s'étendant au-dessous du tendon du psoas. Du côté inférieur du sac, on trouve un orifice d'un demi-pouce de diamètre, à travers lequel le doigt pénétrait dans l'articulation coxo-fémorale, où la tête du fémur pouvait être sentie et même aperçue, recouverte par des dépôts osseux irréguliers d'ostéo-arthrite. On débarrasse l'articulation du sérum et de la fibrine par lavages au sérum physiologique. On sutture le sac au catgut. On ferme l'incision cutanée.

Suites. — Disparition complète de la douleur. Le malade se lève le 6 juillet et sort le 17, ne présentant aucune récidive douloureuse.

L'examen bactériologique ne montre que très peu de micro-organismes, probablement des saprophytes.

Obs. XXVII (Lund). — *Hygroma aigu gonococcique. Incision. Guérison.*

Le 9 août 1901, je vis, en consultation avec les docteurs Hatch de Lynn et Parcher de Saugus, M. G.., M..., âgé de 22 ans, célibataire, électricien, qui avait contracté une blennoragie six semaines auparavant.

Au début de juillet, il commença à souffrir de l'aine et de la hanche gauches, avec fièvre et température s'élevant à 104°F. la nuit et retombant le matin à 99°F. Il s'alita. Je le vis deux semaines avant son entrée, la température étant tombée un peu et la dou-

leur diminuée. Je le revis deux jours avant son entrée, présentant un nouvel accès douloureux et de la fièvre. Il était au lit avec la cuisse gauche fléchie soutenue par des oreillers. La hanche et l'aine étaient excessivement sensibles, et le moindre attouchement provoquait des cris de douleur. En avant de l'articulation coxo-fémorale, s'étendant en haut par dessus le bord pelvien, externe par rapport aux vaisseaux fémoraux, il existait une tuméfaction diffuse, qui, à la palpation, révélait une collection liquide profondément située.

On porte le diagnostic d'une arthrite blennoragique aiguë de l'articulation coxo-fémorale, avec abcès probable en avant de l'articulation. La bursite du psoas iliaque ne fut pas envisagée.

Opération. — Anesthésie générale à l'éther. On fait une incision au-dessus de la partie la plus proéminente de la tuméfaction. On met en évidence le muscle psoas et au-dessous de lui on peut sentir une fluctuation profonde. Un stylet est passé verticalement entre les fibres du muscle. Il s'écoule environ une demi-once d'un sérum trouble, avec des flocons de fibrine. On dilate l'orifice au moyen d'une pince à pansements et le doigt est passé dans la cavité de la bourse qui s'étendait en haut à deux pouces au-dessus du bord pelvien. Directement au dessous de l'extrémité inférieure de l'incision, le doigt pénètre dans l'articulation coxo-fémorale, à travers un vaste orifice situé à la base du sac. Au-dessus de la surface articulaire, on peut sentir de nombreuses taches légèrement rugueuses, où le cartilage est superficiellement érodé. On nettoie l'articulation avec du sérum physiologique. Drainage de l'articulation par une large bande de gaze iodoformée. Vaste pansement aseptique.

Suites. — Soulagement immédiat de la douleur. Abaissement de la fréquence du pouls et de la température. Maintien du drainage de l'articulation pendant une semaine. Cicatrisation de la plaie en trois semaines. Convalescence lente, mais continue. Le malade peut s'asseoir dans un fauteuil le 2 octobre. L'articulation coxo-fémorale restant raide, le docteur Hatch rompt sous anesthésie les adhérences. Actuellement, le malade présente une légère boiterie, mais est bien portant et travaille.

Obs. XXVIII (Lund). — *Bursite aiguë probablement à germes anaérobies. Incision. Mort.*

Le malade, âgé de 38 ans, conducteur, fut admis au City Hospital le 5 septembre 1900. Il était incapable de travailler depuis dix semaines. Six semaines avant son admission, il s'était alité à cause d'une douleur à sa hanche droite. La douleur, continue, empêchait

toute marche. Il avait eu un frisson le jour de son admission à l'hôpital. Le malade présente des signes évidents d'alcoolisme.

Examen. — Homme bien développé et dans un bon état de nutrition. L'état général est mauvais, le malade transpire d'une manière profuse, présente une expression anxieuse du visage, un pouls mou et rapide.

Le cœur présente un murmure systolique à la pointe.

L'examen pulmonaire révèle une condensation du sommet droit à l'aisselle et à la base gauches. Nombreux râles de toutes sortes sur toute l'étendue des poumons.

A l'aine droite, il existe une masse indurée, sensible, au dessus de laquelle la peau est excoriée par des applications médicamenteuses. Les mouvements de la hanche sont douloureux. La sensibilité s'étend du dessus du ligament de Poupart, jusqu'à la région de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les orifices inguinaux externes sont libres. Il n'existe pas de raccourcissement du membre inférieur droit.

Le 4 septembre 1900, il avait eu trois frissons, des douleurs violentes à l'aine droite et des vomissements.

Le 5 septembre, son état avait considérablement empiré : pouls rapide et faible, sueurs profuses, délire. On notait une tuméfaction autour de l'articulation coxo-fémorale et, à la palpation, la perception nette de gaz avec du liquide dans une cavité située au-dessous du ligament de Poupart, en dehors des vaisseaux fémoraux.

Opération (Lund). — Anesthésie générale à l'éther. Incision verticale à un pouce en dehors des vaisseaux fémoraux. On récline en dehors le muscle couturier. L'incision est prolongée dans la cavité de l'abcès. Il s'échappe des gaz et une grande quantité de pus. L'exploration digitale permet de passer au-dessous du ligament de Poupart et en bas et en arrière de la cavité pelvienne sous le muscle psoas. Directement sous l'incision, le doigt pénètre dans l'articulation coxo-fémorale. La surface articulaire est libre et d'apparence saine. L'abcès s'étend sur une courte distance sous les vaisseaux fémoraux.

Comme l'incision avait pénétré dans l'articulation, on fait une incision postérieure juste en arrière du trochanter, et l'articulation est irriguée et des drains insérés.

L'état général du malade a été en empirant rapidement au cours de l'intervention. Il succombe quinze heures après celle-ci.

Il semble que, dans ce cas, on ait eu affaire à une bursite du psoas iliaque qui s'est propagée à l'articulation coxo-fémorale, depuis assez peu de temps, puisqu'au moment de l'opération la surface articulaire était lisse et n'était apparemment pas le siège

d'une inflammation ancienne. Un diagnostic plus précoce et une incision auraient probablement été des plus désirables.

En raison de la présence des gaz dans l'abcès, l'éventualité d'une infection par bactérie anaérobie n'est pas impossible, mais on ne possède aucun compte rendu bactériologique permettant de l'affirmer.

Obs. XXIX. (Cullen). — *Hygroma chronique. Extension. Guérison.*

Un homme, âgé de 46 ans, boitait depuis dix ans. On lui avait dit qu'il avait une tumeur de la hanche gauche. Sa jambe gauche était raide et pendant la marche l'articulation de la hanche gauche était tenue aussi immobile que possible. Dans la fosse iliaque gauche était une masse qui pouvait avoir 8 × 10 cm., qui semblait occuper la plus grande partie de la moitié gauche du bassin. Cette masse était continuée par une plus petite qui passait en dessous du ligament de Poupart. La tumeur était rendue plus proéminente dans l'extension de la cuisse.

A l'opération, il se trouva que la tumeur contenait un liquide clair, visqueux, de couleur jaunâtre, en même temps que six masses cartilagineuses irrégulières et libres dans la cavité. La paroi de la tumeur était composée de tissu fibreux, sur lequel étaient disséminées des plaques de cartilage et d'os. Le sac communiquait avec la cavité synoviale de l'articulation de la hanche.

Obs. XXX. (Pisano).

Une femme, âgée de 62 ans, avait été tourmentée depuis deux mois par une douleur à forme de crampes dans la cuisse gauche, particulièrement à la partie postérieure et dans l'articulation de la hanche. Environ un mois plus tard, elle avait noté une grosseur dans la région inquinale gauche. L'examen révéla une tumeur expansible dans la partie supérieure du triange de Scarpa, et de la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

La cuisse était légèrement fléchie. Mouvements actifs ou passifs douloureux. L'opération, sous anesthésie locale, révéla une tumeur kystique au-dessous des muscles psoas et pectiné, s'étendant en haut à une distance considérable de la fosse iliaque. La paroi du hyste était fibreuse et contenait environ 400 cc. de liquide citrin. légèrement visqueux. Sur la face interne du sac, il y avait plusieurs endroits où un revêtement endothéial fut visible au microscope.

Obs. XXXI. (Kummer). — *Bursite sous-iliaque. Opération.*

Un homme âgé de 59 ans, avait été parfaitement bien jusqu'à il y a quatre ans. A ce moment, il fut tourmenté par une douleur

aiguë dans la région antéro-supérieure de la hanche. La douleur irradiat fréquemment au genou. Elle devint graduellement plus sévère. Un an après, on remarqua une légère grosseur dans la région inguinale. Les mouvements articulaires étaient libres. Sous traitement local, l'état s'améliora, mais seulement pour récidiver quatre ans après avec la même tumeur inguinale. Le membre était en légère flexion et rotation externe. La marche était pénible et accomplie avec l'aide d'une canne. Dans la région inguinale était une tumeur s'étendant en haut sous le ligament de Poupart et en bas jusqu'à la région du petit trochanter. Les vaisseaux fémoraux étaient refoulés en dedans et en avant. Le membre présentait des troubles circulatoires évidents sous forme d'oedèmes diffus, de varices et de purpura. Les mouvements de la hanche étaient tout à fait libres, sauf que l'extension et la flexion étaient légèrement limitées, et que la rotation interne était presque abolie. L'intégrité des os fut prouvée par rayons X. Par aspiration, un liquide visqueux, mucoïde, de couleur jaunâtre, était obtenu, 250 cc. furent aspirés à la fois. A l'opération, on vit que le sac, fibreux, communiquait avec l'articulation de la hanche.

Obs. XXXII (Auvray). — (*Résumé*).

Petite tumeur arrondie, régulière, de consistance très ferme, siégeant à la partie supéro-extérieure du triangle de Scarpa ; sous le couturier au niveau du psoas, la tumeur jouissait d'une certaine mobilité sans qu'on puisse parvenir à la détacher des plans profonds, même quand on fléchissait la cuisse sur le bassin. On notait quelques ganglions peu développés dans le triangle de Scarpa.

Le malade avait vu se développer une nodosité qui avait grossie en deux mois pour atteindre le volume d'un petit œuf de poule. Quelques temps avant que cette nodosité n'apparût le malade avait reçu un corps pesant sur la racine de la cuisse puis sur le pied et avait éprouvé une vive douleur dans l'aine.

La tumeur n'était plus douloureuse et ne provoquait plus de troubles fonctionnels au moment où le malade a consulté ; mais sa nature indécise commandait l'intervention.

Le diagnostic avait hésité entre un kyste très tendu dans un sac herniaire déshabité, une tumeur ganglionnaire ou une tumeur maligne et celui d'un kyste folliculaire développa dans un prolongement synovial de l'articulation de la hanche. Le diagnostic exact fut fait à l'intervention.

Il s'agissait d'une tumeur kystique à contenu très tendu, renfermant un liquide gélatineux du type de celui contenu dans les

kystes du creux proplité. Il s'était développé dans la bourse du psoas qui était intacte et sans éraillure. L'extirpation a été facile.

Obs. XXXIII. (Gatch et Green). — *Hygroma chronique droit. Excision de la bourse. Guérison.*

Une femme de 60 ans, grande, mince, plutôt chétive, était adressée pour une tumeur de l'aine droite.

Début. — Depuis six ou sept ans, douleurs dans le membre, l'articulation de la hanche, et le dos. Par moment, engourdissement et faiblesse dans la jambe, ayant même provoqué une chute. Deux mois avant l'examen, elle avait remarqué la tumeur de l'aine.

Examen. — A l'aine droite, était une tumeur ovoïde d'environ la grosseur d'un œuf de poule, directement sous le milieu du ligament de Poupart, son grand axe étant parallèle à ce ligament. Contours nets, arrondis et réguliers. L'artère fémorale était refoulée en avant de la partie interne de la tumeur, sous la peau intacte. Pas de fluctuation. La tumeur ne changait de forme ou de situation dans aucun des mouvements de la cuisse, et paraissait solidement fixée aux plans profonds. Pas de grosse adénite inguinale, ni de gêne circulatoire de la jambe. La palpation profonde de la fosse iliaque ne révéla rien d'anormal. La malade marchait sans douleur ni boiterie. L'examen général ne révéla rien d'important. Température normale ; pression sanguine 18/9 ; recherche de la syphilis et de la tuberculose négative. On élimine l'abcès du psoas, la hernie, l'anévrisme, une adénite, de même une arthrite. La tumeur est considérée comme probablement néoplasique et bénigne.

Opération. — Elle révèle l'existence d'un kyste séreux de la bourse du psoas et d'un kyste plus profond et très petit, de même nature. Le sac dur et fibreux, à surface interne unie, contenait une matière gélatineuse rappelant la gelée de pomme. Pas de communication avec l'articulation de la hanche. Pas de drainage. Guérison sans incident.

Examen histologique du sac : tissu fibreux, hyalin, dense, parsemé d'aires d'infiltration inflammatoire.

Obs. XXXIV (Chastenet de Géry). — *Hygroma chronique de la bourse sous-iliaque droite. Excision. Guérison.*

Un homme de 52 ans, contremaître de papeterie, vient consulter à l'Hospice Paul-Brousse, le 4 janvier 1928, pour une tumeur de l'aine droite.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Ses parents sont morts très âgés. Il a une fille de 25 ans en bonne santé. Sa femme, éga-

lement bien portante n'a pas eu d'autre grossesse, ni de fausse-couche.

Dans ses antécédents personnels, on relève une sciatique gauche à l'âge de 38 ans et une hémorragie rétinienne de l'œil droit, il y a deux mois, en rapport avec les troubles d'hypertension artérielle.

Début. — L'affection actuelle semble avoir une origine lointaine. Le malade raconte qu'à l'âge de dix ans, un chariot lui a passé sur la racine de la cuisse droite et que cet accident lui avait laissé une petite tumeur indolore, dans l'aine correspondante.

Il y a trois ans, des douleurs apparaissent dans l'aine, la fesse et le genou droits. Il y a quinze mois, la petite tumeur inguinale commence à grossir et poursuit son développement jusqu'à atteindre le volume actuel.

Etat actuel. — Examinant le malade, on constate dans la région inguinale une tuméfaction arrondie plus grosse que le poing. Il s'agit d'une masse de contours assez réguliers, de consistance ferme, presque dure, indolore à la palpation, mate à la percussion, qui siège à la base du triangle de Scarpa, mais empiéta un peu sur la fosse iliaque et efface le pli de l'aine. Elle atteint en dedans la verticale passant par l'épine pubienne, reste en dehors à un doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend jusqu'à 4 ou 5 doigts du pli inguinal.

La tumeur a soulevé l'artère fémorale qu'on voit et qu'on sent battre très superficiellement. Elle ne présente pas d'expansion ni de battements propres. Elle est irréductible. Aucun déplacement ne peut lui être imprimé. Elle semble fixée par les muscles qu'elle a refoulés en avant d'elle, et par des attaches profondes. Mais la peau est restée parfaitement mobile et n'a subi aucune modification à son niveau. L'articulation de la hanche a tous ses mouvements.

Le malade étant couché sur le dos, si l'on fait fléchir la cuisse, la tumeur paraît s'enfoncer, mais ne remonte pas. Par contre si l'on fait asseoir le malade, elle donne l'impression de s'abaisser un peu, en somme, comme si elle était fixée au bassin plutôt qu'au fémur.

Aucun signe de gêne circulatoire : pas de réseau veineux supernormale.

A la radiographie, le squelette est intact. Une inégalité du contour de la tête fémorale à sa partie inférieure paraît sans grande importance.

Le diagnostic sembla malaisé. Il était facile d'éliminer une néoplasie ganglionnaire, un anévrysme, une hernie, une affection articulaire ou même osseuse de nature inflammatoire. On fait sans conviction le diagnostic de fibrome ou de fibro-sarcome d'origine

ligamenteuse, musculaire ou périostique et fixé au bord antérieur de l'os iliaque. Puis, on décide de pratiquer une opération exploratrice afin d'enlever la tumeur si l'exérèse complète en était possible, ou sinon, d'en prélever un fragment pour l'examen histologique en vue d'un traitement par les radiations.

Opération, le 11 janvier 1928. — Anesthésie locale à la novocaine à 1/200, sans adrénaline. Cette anesthésie s'est montrée suffisante jusqu'au bout.

Incision longitudinale sur le flanc externe de la tumeur, commençant sur l'arcade crurale, un peu en dedans de l'épine iliaque ficiel dans la région de la tumeur, pas d'oedème du membre inférieur. Mais il y a une diminution très nette du réflexe rotulien à droite sans atrophie musculaire, ni troubles moteurs appréciables.

En dehors de la tumeur, il n'y a rien d'intéressant à noter. De grosses varices cependant, mais siégeant au membre opposé. Le sujet est grand et vigoureux. Il n'a pas maigri. Sa température est antéro-supérieure et descendant avec une légère obliquité interne dans l'étendue de 10 à 12 cm. Le couturier est écarté en dehors. Au-dessous, le bord externe du muscle iliaque et le nerf crural refoulé excentriquement se présentent. Le nerf déjà divisé à ce niveau est formé d'un faisceau de grosses branches, à ce qu'il semble, un peu infiltrées et oedémateuses. Les nerfs, ayant été largement infiltrés de novocaine, peuvent être réclinés en dedans. Il faut dissocier quelques fibres musculaires qui appartiennent à l'iliaque et on arrive alors sur une tumeur à paroi fibreuse, dense, blanchâtre, donnant cette fois une impression nette de rénitence et même de fluctuation.

Ponction. — On extrait environ 150 cc. de liquide sanglant rouge noirâtre, épais, filant comme mélangé de mucus. La poche en grande partie vidée est incisée longitudinalement. Sa paroi, très épaisse (6 à 8 mm.) est doublée intérieurement d'un feuillet et lui-même épais, grisâtre, lisse, d'aspect fibrineux. Un lavage de la poche au sérum chaud ramène de petits caillots sanguins et fibrineux.

Dès ce moment, le diagnostic ne fait pas de doute ; il s'agit d'un hygroma hémorragique de la bourse du psoas. L'exploration intérieure de cet hygroma montre une cavité arrondie dont l'aire est inscrite dans celle du triangle de Scarpa et qui communique très largement en arrière avec l'articulation de la hanche. Le doigt entre en contact avec la face antérieure du col et le rebord de la avité cotyloïde.

Réclinant fortement en dedans toutes les parties molles antérieures, on amarre des pinces sur les bords de l'incision de la po-

che, on dissèque et on isole sa paroi de proche en proche. Celle-ci étant extériorisée le plus possible, on la réséque, puis on suture les bords de ce qui reste de cette paroi sur un drain. Il n'a pu être question ici de supprimer la bourse séreuse en totalité, car il n'aurait pas été possible de refermer l'articulation coxo-fémorale. Suture aponévrotique et cutanée.

A la suite de l'opération, la température s'est tenue entre 38° et 38°5, pendant trois jours, puis elle est revenue à la normale. En outre, la région opératoire a gardé assez longtemps une teinte ecchymotique et il y a eu un ictère léger durant quelques jours. Les agrafes ont été enlevées le 6e jour, le drain le 7e, et les fils le 12e. La cicatrisation était complète au bout de quinze jours. Le malade a quitté le service, guéri et sans troubles fonctionnels, le 2 février. Six semaines plus tard, il allait parfaitement bien. Mais il succombe huit mois après son opération, en septembre 1928, par hémorragie cérébrale, alors que sa hanche était complètement guérie.

Le liquide sanglant retiré de l'hygroma contenait des débris cellulaires, de l'hémoglobine, mais aucun germe microbien. L'examen histologique de la paroi de l'hygroma, pratiqué par M. Perrot, a donné le résultat suivant :

« La paroi est uniquement formée d'une nappe conjonctive dense, très lamelleuse, dont la substance fondamentale fibro-hyaline, enserre de très rares cellules conjonctives. En quelques points, et près de la surface interne, apparaisseent de petites zones de cartilage fibro-hyalin. Très rares capillaires. Pas de lésions inflammatoires dans les points considérés. Pas de revêtement nettement identifiable. »

Obs. XXXV (Chastenet de Géry).

Une femme d'environ 50 ans présente un cancer du sein, des troubles nerveux néoplasiques et dans l'aine droite une grosse tumeur dure, qui, à la palpation, donnait une impression de crépitation particulière due à la présence de calculs cartilagineux polyédriques. Le diagnostic fut fait à l'examen et vérifié par M. Vignard.

Obs. XXXVI.

On a observé chez un maçon d'une quarantaine d'années, qui souffrait très vaguement à la racine de la cuisse, n'y comprenait rien et qui n'avait subi aucun traumatisme.

Personne ne fit le bon diagnostic, on s'accorda seulement à dire que la coxo-fémorale n'avait rien. Cet homme, qui réclamait des soins, fut opéré. Avec quelques difficultés (ils sont plus profonds qu'on ne le croit ces kystes) on découvrit une poche du volume d'un œuf que la ponction montra pleine d'un liquide verdâtre sans signification. Poussant plus loin, on peut reconnaître qu'aucune communication n'existait avec la jointure. Renonçant alors à une extirpation difficile, et d'ailleurs inutile ici, on frotta la paroi interne de la poche avec une compresse iodée et on referma le tout. Et cela guérit tout seul.

Obs. XXXVII (Sorrel). — *Hygroma chronique de la bourse du psoas. Résection. Guérison.*

Un homme de 55 ans était adressé avec le diagnostic de coxalgie et d'abcès froid de la région inguinale.

Il avait toujours mené une vie très active. Un jour, en dansant, il avait ressenti une brusque douleur dans la région inguinale et il souffrait depuis ce moment. La marche était douloureuse. Il existait une tuméfaction très tendue, rénitente de la région inguinale en dedans des vaisseaux fémoraux, et la radiographie montrait une déformation notable de la tête fémorale ; c'était les trois points sur lesquels on s'était basé pour dire coxalgie. Mais l'examen révélait une absence de contracture des muscles péri-articulaires qui cadrait mal avec cette hypothèse ; le malade souffrait seulement dans certains mouvements de l'articulation assez variables d'ailleurs, et on n'éveillait de douleur qu'en comprimant assez fortement la tuméfaction inguinale. La déformation que montraient les radiographies ressemblaient beaucoup plus à une déformation d'une arthrite sèche ou d'une arthrite nerveuse qu'à celle d'une coxalgie. Enfin, ses réflexes rotuliens étaient abolis et il existait chez lui une spécificité datant de vingt-cinq ans environ et pour laquelle il s'était fort irrégulièrement soigné. Il n'y avait pas de signes de tabès à proprement parler, mais l'hypothèse d'une arthropathie nerveuse me paraissait la plus vraisemblable. La radiographie de la colonne vertébrale, qui montra des altérations de la forme des dernières vertèbres lombaires vint d'ailleurs la confirmer. On réserve la diagnostic.

Opération. — On trouve sous le psoas une poche très épaisse, qui se continuait sans aucun rétrécissement avec la capsule articulaire. Par ponction, il en sortit une sorte de sérum. On ouvre alors largement et on trouve, au milieu d'un liquide séro-hémorragique, ressemblant à celui d'une vieille hémarthrose, un ostéophyte libre de la grosseur de la 3e phalange du petit doigt, et dont le pédicule

avait été brisé ; son point d'implantation se voyait très nettement sur le rebord antéro-inférieur de la tête. Après avoir vidé l'articulation, on résèque la poche exubérante et on suture. Guérison. L'articulation redevint indolente. On continue le traitement spécifique.

Obs. XXXVIII (Phelip). — *Hygroma chronique de la bourse du psoas droit. Ablation de la bourse. Guérison.*

M. X..., 52 ans, vient consulter, en juillet 1929, pour une tumeur à la racine antérieure de la cuisse droite.

Industriel très occupé, il frappe par son amaigrissement et son teint jaunâtre. Son passé pathologique est assez lourd. Son père est mort ataxique, sa mère est bien portante ; de six frères, deux seuls sont vivants. Lui-même né très vigoureux eut une pleurésie droite à l'âge de 15 ans, suivie deux ans après d'un abcès costal droit, qui a suppuré longtemps. Il est aussi très rhumatisant. A 30 ans, il contracte la syphilis pour laquelle il ne se soigne régulièrement que depuis 1918, par cyanure intra-veineux, et la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

C'est au début de juillet qu'il a senti une gêne au niveau de la hanche droite, gêne marquée surtout quand il est étendu sur le dos, les jambes en rectitude. En même temps, il a remarqué sur la racine de la cuisse la masse pour laquelle il vient consulter.

A l'examen. — Au niveau du triangle de Scarpa droit, quand le malade est debout, on ne constate aucune modification de coloration ni de vascularisation de la peau, mais on voit nettement une tuméfaction. Le malade étant couché, la tuméfaction reste la même. En palpant, on sent, faisant bissectrice du triangle de Scarpa, une masse dure, allongée, dont le diamètre transversal paraît de 5 cm. et siégeant en dehors des vaisseaux fémoraux, que l'on sent battre et qui sont nettement repoussés en dedans, atteignant presque en bas le tiers inférieur du triangle et le débordant en haut au-dessus de l'arcade crurale dans la fosse iliaque. On ne sent pas de douleur, mais une rénitence dure ; la mobilisation en est limitée ; par ailleurs, on ne sent pas de ganglions inguinaux. En mettant le membre inférieur en flexion et abduction, celle-ci, quoique complète, paraît un peu gênée.

Rien du côté de la verge, rien à l'anus ; on pratique un toucher rectal qui ne montre rien de spécial. L'examen du membre inférieur droit ne révèle rien d'autre.

Le diagnostic paraît être à première vue celui l'adénosarcome. Une radiographie montre une intégrité complète du squelette. Vu l'amaigrissement, les précédents, l'âge du malade, le diagnostic

est hésitant. Le malade est suivi. Or, la tumeur n'augmente pas, ni ne régresse. Mais fin septembre apparaît une péri-arthrite scapulo-numérale gauche, où la radiographie montre une articulation normale. L'attention est attirée sur une possibilité de bursite de la bourse séreuse du psoas. De fait, depuis la manifestation scapulaire, la tuméfaction inguinale a diminué nettement.

Opération, 29 octobre 1929. — Sous anesthésie à l'éther. La tumeur, du volume d'un œuf, dure, grisâtre, fait corps avec la face postérieure du muscle et adhère à la face antérieure de la capsule articulaire. On l'enlève. Drainage. Guérison complète après quelques massages et électrothérapie.

Le kyste contenait un liquide filant. Ses parois étaient formées de tissu fibroïde présentant un léger état inflammatoire subaigu ; lésions vasculaires d'aspect syphilitique ; un tubercule douteux (Résultat global de trois examens histologiques.)

Obs. XXXIX (Sénèque). — *Hygroma apparu en plusieurs années. Ablation de la bourse du psoas. Guérison.*

Il s'agit d'un homme âgé de 44 ans, qui présentait, dans la région du triangle de Scarpa droit, une tuméfaction du volume d'un œuf, qui avait mis plusieurs années pour se constituer et atteindre ce volume. Cette lésion, restée pendant longtemps indolente, avait provoqué durant ces derniers mois quelques troubles douloureux dans le membre inférieur. Le malade ayant sollicité un avis chirurgical, le diagnostic d'anévrysme fut posé et c'est dans ces conditions que je fus appelé à l'examiner. Je pus tout de suite me rendre compte qu'il ne s'agissait certainement pas d'un anévrysme car si l'on percevait très nettement les battements de l'artère fémorale soulevée par la tumeur sous-jacente, lartère n'était nullement dilatée ; l'absence de tout souffle permettait de la même manière d'éliminer l'anévrysme artério-veineux. A l'inspection, la tumeur était ovalaire, occupant exactement l'axe médian du triangle de Scarpa, on notait à la racine de la cuisse une dilatation transversale assez accentuée sur le trajet d'une veine superficielle. La palpation montrait l'indolence de cette masse, ses contours réguliers ; sur sa partie interne on sentait sur tout son trajet les battements de l'artère fémorale ; cette tumeur présentait une légère réductibilité. Fait capital, on percevait de manière indiscutable un bruit de chaînon. On pouvait donc éliminer certainement les diagnostics d'anévrysme, d'abcès froid, de hernie crurale et il suffisait de connaître l'existence possible d'hygroma de la bourse séreuse du psoas pour affirmer cliniquement ce diagnostic. Les

communications antérieures sur ce sujet de MM. Sorrel d'une part et Huard (de l'Armée) d'autre part, avaient facilité ma tâche clinique.

Le seul point particulier chez ce malade était que cette tumeur repoussait l'artère en dedans au lieu de la rejeter en dehors comme cela est signalé dans les autres observations.

L'articulation de la hanche était parfaitement mobile ; il n'y avait aucune contracture des muscles de voisinage. La radiographie permit de constater l'intégrité des surfaces articulaires et de noter quelques opacités que j'interprétai comme des nodules ostéo-cartilagineux contenus dans l'intrieur de la poche. Je termine cette observation en notant l'absence de tout antécédent spécifique chez le malade, car ces lésions ont parfois été observées chez des sujets syphilitiques.

L'intervention chirurgicale a confirmé le diagnostic clinique d'hygroma de la bourse séreuse du psoas ; la poche était distendue par du liquide synovial avec présence de nodules cartilagineux volumineux et de grains riziformes à l'intérieur de cette bourse séreuse que j'ai pu extirper assez facilement, rejetant en dehors le nerf crural, en dedans l'artère fémorale et laissant une toute petite partie de la paroi de la poche au niveau de son insertion sur le petit trochanter.

Obs. XL (Sylvain Blondin). *originale.*

M. Albert G..., âgé de 61 ans, vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis, le 2 novembre 1942, pour une sensation de gêne persistante dans l'aine gauche accompagnée de douleurs assez vives dans la région sacro-iliaque gauche et de quelques irradiations fugaces dans le sérotum. Tous ces accidents sont aggravés par la marche et les efforts, calmés au contraire par le repos. Leur début remonte à environ 1 an ; mais ce n'est que depuis peu que M. A. G... a constaté un empâtement du pli de l'aine gauche. Cet homme est en très bonne santé et n'a jamais présenté de maladies dignes d'être notées, et est, en particulier, indemne cliniquement de toute infection tuberculeuse ou syphilitique. Encore actif et travailleur, il a toujours mené une vie sobre.

Examen le 3 novembre 1942 : On constate immédiatement une voussure très nette située au-dessous de l'arcade crurale gauche, en dedans de la ligne de ligature de l'artère fémorale. Cette tuméfaction apparaît comme bombée. La peau n'est pas rouge ; il n'y a ni circulation collatérale, ni élévation de la température locale.

A la palpation, cette tumeur est du volume d'une mandarine, elle occupe la base du triangle de Scarpa. Il faut, en particulier,

noter qu'elle ne dépasse pas l'arcade crurale. La fosse iliaque est parfaitement dépressible et libre. La consistance de cette masse est dure, élastique et, en aucun point, on ne perçoit de fluctuation. Sur tout son pourtour, on sent de petits ganglions durs, incolores, allongés verticalement et très mobiles. La tumeur n'a contracté aucune adhérence avec la peau. Dans la profondeur, on ne sent pas sa limite qui s'enfonce dans l'aire du triangle de Scarpa Cette tumeur n'est pas animée de battements, et ne présente ni expansion, ni thrill, ni souffle. L'artère fémorale, par rapport à elle, bat superficiellement et en dehors. Le pouls pris aux deux pédieuses ne montre aucune modification d'un côté à l'autre. A droite comme à gauche la tension artérielle est de 16-9 au Pachon et l'indice oscillométrique est le même. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La pression sur la masse n'amène pas d'irradiations dans le territoire nerveux du crural.

L'examen des mouvements de l'articulation de la hanche ne révèle qu'une très légère diminution de l'abduction forcée ou de l'abduction de la cuisse combinée à la flexion du genou.

Le toucher rectal ne fait rien découvrir d'anormal. L'orifice cutané du canal inguinal gauche est dilaté et à droite, il existe une pointe d'hernie inguinale.

On ne note rien de particulier à l'examen somatique de l'appareil pulmonaire, de l'appareil circulatoire et du système nerveux.

La radiographie des deux articulations coxo-fémorales montrent un squelette normal.

Le diagnostic hésite et semble s'orienter vers celui de tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux.

Le 6 novembre 1942, après quelques jours de repos au lit la tumeur a certainement diminué de volume.

Opération, 7 novembre 1942 (Sylvain Blondin). — Anesthésie générale à l'éther. Incision de découverte de l'artère fémorale. Isolement de l'artère qui passe à la surface de la tumeur. Une sonde de Nélaton est placée sous l'artère au niveau de l'arcade crurale, une autre en aval, à la pointe du triangle de Scarpa. On recline l'artère en dehors. La tumeur est cachée par les fibres du psoas. Une fois dissociée, elle apparaît comme un hygroma à paroi épaissie, blanchâtre, que l'on isole dans la profondeur jusqu'au petit trochanter. Résection de cet hygroma qui contient un liquide jaune et filant. Fermeture sur un drain. Suites simples. Sortie le 6 décembre 1942.

L'examen histologique de la pièce dont la fixation a été défectueuse montre une réaction épithélioïde et giganto-celleulaire sans qu'on puisse affirmer l'existence de plages de caséification.

Le 13 mai 1943, M. A. G. rentre à Saint-Louis pour des douleurs d'apparence articulaire au niveau de la hanche droite apparues il y a cinq mois et entraînant une gêne de la marche. C'est vers le mois de février 1943, soit il y a trois mois que le malade a constaté l'apparition au niveau du pli inguinal droit d'une petite masse très dure qui ne tarda pas à grossir. Actuellement, elle atteint le volume d'une petite pomme et est tout à fait comparable à celle qu'on avait constatée dans l'aine gauche ; mais cependant, nettement plus dure et d'aspect un peu bosselé. Il s'agit sans doute possible de la réplique à droite de l'hygroma qui a été opéré en novembre à gauche.

Opération. — 15 mai 1943. (Sylvain Blondin). Anesthésie à l'éther. Ablation d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas à contenu clair, à paroi épaisse résistante, avec quelques grains calcaires à son intérieur. Sortie le 31 mai 1943.

Revu le 10 octobre 1944, M. A. G. souffre toujours à la marche. Les cicatrices opératoires sont souples. Du côté gauche, on perçoit pourtant un empâtement profond qui traduit peut-être une récidive. Les radiographies des deux hanches montrent des lésions débutantes, mais nettes de cox-arthrite.

RAPPEL ANATOMIQUE

Il nous semble souhaitable, au seuil de cette étude, de rappeler un peu l'anatomie de cette région.

La bourse du psoas présente, quand elle est injectée, un aspect ovoïde. Son grand axe, qui mesure de six à sept centimètres, est oblique en bas et en dedans ; son petit axe varie entre deux et quatre centimètres, quelquefois même un peu moins. Elle occupe, transversalement, toute la partie antérieure de l'os coxal située entre l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence ilio-pectinée ; sagittalement, la zone comprise entre le petit trochanter et la ligne innominée.

On peut, au point de vue des rapports anatomiques, considérer que la bourse séreuse du psoas comprend deux parois, l'une antérieure, l'autre postérieure ; deux bords : interne et externe ; et deux extrémités : supérieure et inférieure.

La paroi antérieure est intimement accolée au psoas et à son aponévrose postérieure, auxquels la bourse sert d'organe de glissement sur l'articulation coxo-fémorale. Il n'existe aucune couche intermédiaire. Il en résulte deux importantes conséquences : l'une pathologique, à savoir que les affections de la bourse peuvent retentir sur le muscle et réciproquement ; l'autre, d'ordre opératoire, qui est de rendre souvent très difficile la recherche d'un plan de clivage et de décollement de la bourse.

La paroi postérieure est au contact de l'os iliaque et de la capsule de l'articulation coxo-fémorale. Elle n'en est séparée que par le voile fibreux très mince reliant le ligament pubo-fémoral au bord interne du ligament de Bertin. Cette séparation n'est d'ailleurs pas totale puisque, comme nous

le verrons plus loin, on trouve souvent une communication entre la bourse séreuse et l'articulation coxo-fémorale.

L'extrémité supérieure est régulièrement arrondie. Selon Durville, elle ne remonte jamais au-dessus du ligament de Poupart. Cette opinion est contredite par Lund, qui fait remonter la bourse, dans certains cas, jusqu'au-dessus du bord pelvien de l'os iliaque, la faisant ainsi pénétrer dans la cavité pelvienne. Gatch et Green, dans leur très intéressante communication, et Vasserot, dans sa thèse, se rangent nettement aux côtés de Lund.

L'extrémité inférieure, presque constamment effilée, se termine vers le petit trochanter. Sur ce point, tous les auteurs s'accordent. En dedans, elle est limitée par un tissu cellulaire lâche qui permet une distension facile. Quand celle-ci est intense, la bourse peut venir au contact du tissu cellulaire séparant le carré crural du grand adducteur, puis de ces muscles eux-mêmes. Dans certains cas extrêmes, elle pourra même pousser un véritable diverticule entre ces muscles et gagner ainsi la face postéro-supérieure de la cuisse et le pli fessier, pouvant alors simuler un abcès de cette région et entraîner des erreurs importantes de diagnostic, comme dans l'observation de Rose.

Le bord externe ne présente que des rapports peu importants, il est presque complètement masqué par le muscle iliaque et s'arrête à environ quatre centimètres du bord antérieur du grand trochanter.

Le bord interne a des rapports beaucoup plus intéressants, d'abord avec le nerf crural, ensuite avec les vaisseaux fémoraux.

Le nerf crural descend dans l'angle du psoas et de l'iliaque et est inclus dans la gaîne de ces muscles. Ce n'est qu'au-dessous de l'arcade crurale qu'il se divise en ses branches terminales : musculo-cutané interne, musculo-cutané externe, nerf du quadriceps et nerf saphène interne. Ce dernier présente pour nous un grand intérêt : en effet, son trajet croise de haut en bas et de dehors en dedans le bord interne du psoas et lui fait gagner le bord externe de la gaîne des

vaisseaux fémoraux. Ainsi se trouve-t-il en rapport intime avec la paroi du bord interne de la bourse séreuse du psoas. Aussi n'est-il pas surprenant que la distension de celle-ci puisse amener des troubles nerveux par compression ou élongation du crural.

Les vaisseaux fémoraux ont, avec la bourse séreuse du psoas, des rapports beaucoup moins immédiats. Cependant il n'est pas rare de voir, en cas de distension, ces vaisseaux décollés du plan aponévrotique et repoussés en avant et en dedans par la bourse qui a tendance à s'insinuer en arrière d'eux.

Nous avons déjà signalé plus haut, en étudiant la paroi postérieure de la bourse séreuse du psoas, l'existence possible d'une communication entre celle-ci et l'articulation coxo-fémorale. Son ouverture se situe, en général, le long du bord interne du ligament de Bertin. Selon Luschka, cette communication, exceptionnelle chez les individus jeunes, serait habituelle à un âge plus avancé. Vasserot, qui se range à l'opinion de Durville, la considère comme constante au delà d'une douzaine d'années.

Tillaux et Luschka ont bien insisté, l'un dans son *Anatomie Topographique,* l'autre dans *Anatomie der Gleider,* sur l'importance de cette communication et ses conséquences, et nous ne pouvons mieux faire que citer ces auteurs :

« En arrière du muscle psoas, écrit Tillaux, existe un « organe dont les affections contribuent encore à compliquer « l'étude déjà difficile de cette région. Je veux parler de la « bourse séreuse située en avant de la capsule articulaire et « du sourcil cotyloïdien. Cette bourse est large, remonte à « une certaine distance sur l'éminence ilio-pectinée et — « détail des plus importants — communique souvent avec « la synoviale coxo-fémorale à travers une éraillure de la « capsule. Les collections liquides développées, très rarement « du reste, dans cette bourse, donnent naissance à une « tumeur profonde qui soulève les vaisseaux et dont le « diagnostic est entouré de certaines difficultés. On pourrait « la confondre avec un abcès froid, avec un kyste développé

« dans un ganglion ou dans un ancien sac herniaire. L'in-
« flammation de la bourse séreuse du psoas peut se propager
« à l'articulation et réciproquement. C'est ainsi qu'à la suite
« d'un psoïtis, par exemple, quand il y a communication,
« la suppuration envahit successivement la bourse séreuse,
« l'articulation, et il se produit peu à peu un déplacement
« de la tête du fémur, pouvant aller jusqu'à la luxation
« complète.

« Par contre, une coxalgie, une arthrite aiguë déterminent «parfois l'inflammation de la bourse séreuse et un abcès de « voisinage. »

Quant à Luschka, après avoir signalé la communication, il fait remarquer que « le rebord cartilagineux du cotyle « séparant d'une façon hermétique l'espace synovial supé-
« rieur et l'espace synovial inférieur, il en résulte que l'in-
« flammation de la bourse sous-iliaque ne retentit pas direc-
« tement sur le premier de ces espaces tant que le rebord
« cotyloïdien reste intact. Mais la bourse séreuse sera, pour
« ainsi dire, fatalement intéressée par une coxalgie qui a
« amené une destruction de ce rebord cartilagineux. »

Nous ferons remarquer que Tillaux et Luschka diffèrent assez sensiblement d'opinion sur l'éventualité des retentissements d'une affection de la bourse sur l'articulation ou réciproquement. Pour notre part, l'étude des différentes observations publiées jusqu'à maintenant nous amène à penser comme Luschka et Vasserot, qu'il est exceptionnel qu'une inflammation de la bourse séreuse du psoas entraîne des retentissements sur l'articulation de la hanche. Quatre observations montrent, par contre, que l'inverse se produit quelquefois.

Quant au développement de la bourse séreuse du psoas, il semble être dû :

1° Au glisesment et au frottement du tendon du psoas sur l'os coxal ;

2° A la fusion de plusieurs bourse séreuses primitivement isolées. A l'état normal on rencontre en effet souvent un

cloisonnement longitudinal au niveau du cul-de-sac supérieur et parfois transversal un peu au-dessous du petit trochanter (d'après Poirier et Rouvière).

Notons à ce sujet que l'observation de Gatch et Green (Obs. XXXIII) mentionne l'existence d'un kyste très petit et profond dans le voisinage de celui qui avait provoqué l'intervention.

Dans l'étude de l'anatomie pathologique des hygromas de la bourse séreuse du psoas, nous examinerons successivement l'aspect macroscopique des lésions et très brièvement leur aspect histologique.

Macroscopiquement, la bourse du psoas sera étudiée à divers points de vue : volume, forme, consistance, paroi, contenu, rapports avec l'articulation coxo-fémorale.

Le volume de la bourse varie dans d'assez grandes limites : souvent elle ne dépasse pas le volume d'un fruit comme la pomme ou le citron, ou encore celui d'un œuf. D'autre fois elle peut acquérir un volume plus important : deux poings dans une observation de Mommsen. Enfin, rarement elle atteint des dimensions considérables : dix-huit centimètres de diamètre dans le cas de Paget et Baker (tumeur hémisphérique), celles d'une tête de fœtus à terme (Pisano, obs. XXX) ou même d'une tête d'enfant (Schaeffer, obs. IX).

Sa forme est généralement assez proche de la forme de la bourse normale injectée, c'est-à-dire ovoïde avec une extrémité un peu effilée. Quand elle atteint un volume important elle tend cependant à prendre une forme plus régulièrement arrondie quand elle ne pousse pas des diverticules plus ou moins importants comme dans les observations de Schaeffer (Obs. IX) ou de Rose (Obs. VIII). Dans ce cas, les diverticules sont poussés dans les zones de moindre résistance rencontrées par la tumeur au cours de son accroissement.

Les hygromas de la bourse du psoas présentent une consistance variable à l'examen. Il n'en est pas de même quand ils sont mis à nu. L'influence du muscle psoas ne se faisant

plus sentir, ils sont toujours fluctuants dans une mesure dépendant de leur tension.

La paroi épaissie (la seule exception est celle mentionnée par Sprengel (Obs. XV) où la paroi était mince), blanche ou gris bleuté, brillante, présente une face interne lisse, pratiquement toujours avec des excroissances pédonculées, minces, semblables à des franges articulaires (Obs. IX, XV). Elle est le plus souvent constituée de tissu fibreux pouvant contenir des plaques cartilagineuses et même osseuses (Obs. XXIX, Cullen). Elle adhère fréquemment d'une façon intime au psoas, ce qui rend difficile la découverte d'un plan de clivage.

Notons dès maintenant qu'en examinant la paroi on trouve souvent un orifice de communication avec l'articulation coxo-fémorale. En fait, cette ouverture existe dans plus de la moitié des cas qui ont été opérés. Elle peut être d'une dimension telle qu'il n'y a aucun rétrécissement quand on passe de la bourse à l'articulation (Obs. de Sorrel). Cette communication permet d'expliquer le rétrécissement d'affections arthritiques ou infectieuses de l'articulation coxo-fémorale sur la bourse.

Notons, en passant, une donnée anatomo-pathologique importante : l'unilatéralité quasi constante des lésions. Le seul cas connu jusqu'à maintenant, faisant exception à cette règle, est celui qui a fourni le sujet de cette étude et qui est dû à Monsieur le Docteur Sylvain Blondin.

Le contenu des hygromas de la bourse séreuse du psoas est le plus souvent constitué par un liquide plus ou moins filant, jaune citron, clair et visqueux, contenant parfois des corps étrangers, soit cartilagineux, soit, comme dans le cas de Chastenat de Géry, ostéophytiques, quelquefois, on rencontre un contenu de nature hémorragique ou présentant l'aspect de la gelée de groseilles (Obs. XXXIV). Quand il s'agit de l'hygroma aigu, le contenu sera, ou purulent (avec quelquefois des gaz : Lund, obs. XXVIII), ou séreux, louche, avec des flocons de fibrine (Obs. XXVII). Dans les hygromas tuberculeux on rencontrera, soit du pus caséeux (Obs. XII), soit un liquide séreux avec des grains riziformes (Obs. XXI).

Histologiquement, la paroi de la bourse a été assez rarement étudiée. Tous les renseignements, cependant, concordent pour permettre d'affirmer que celle-ci est constituée par du tissu fibreux contenant des noyaux cartilagineux. On rencontre aussi parfois des aires de réaction inflammatoire. L'existence d'une réaction giganto-cellulaire a été nettement mise en évidence pour la première fois dans l'observation de Monsieur le Docteur Blondin.

A l'anatomie pathologique nous rattachons l'étude des diverses variétés d'hygromas de la bourse séreuse sous-psoïdienne.

Elles sont au nombre de quatre.

1° L'hygroma aigu purulent, qu'il soit d'origine typhique (Rose, obs. VIII), blennorragique (Lund, obs. XXVII), anaérobie (Lund, obs. XXVIII) ou aérobie (Luschka, obs. V), peut être primitif ou secondaire. Comme exemples respectifs, nous citerons l'observation XXVIII, où l'infection avait certainement commencé dans la bourse, et l'observation XXVII, où l'inverse s'était produit.

2° L'hygroma tuberculeux, soit à forme caséeuse (obs. XII, de Volkmann), soit à grains riziformes (Schwarts, obs. XXI), qui peut, lui aussi, être primitif ou secondaire.

3° L'hygroma syphilitique, dont l'existence, certaine pour les autres bourses séreuses de l'organisme, n'a jamais pu être nettement établi pour la bourse du psoas. Les seules observations qui pourraient peut-être concerner des hygromas spécifiques sont celles de Couteaud (Obs. XXIII), de Sorrel (Obs. XXXVII) et de Phelip (Obs. XXXVIII) ; mais rien n'est moins prouvé.

4° L'hygroma chronique simple, qui est de beaucoup le plus fréquent, puisque sur quarante observations, trente-trois concernent des bursites de ce type. On l'appelle aussi parfois kyste séreux.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des hygromas de la bourse séreuse du psoas est mal connue. Quand on étudie les observations publiées on s'étonne moins de cette méconnaissance ; la plupart de celles-ci sont, en effet, très vagues sur tout ce qui permettrait d'éclairer ce point.

L'étude de la quarantaine de cas que nous avons pu réunir nous a cependant permis de noter certaines données précises.

On ne rencontre pas d'hygroma de la bourse séreuse du psoas chez l'enfant et nous ne trouvons qu'un malade de moins de trente ans dans un cas publié par Lund (obs. XXVII).

— Six malades (Obs. I, VI, VII, XXIII ,XXIV, XXVIII) ont de trente à quarante ans ;

— Cinq (Obs. IX, XVIII, XXIX, XXXVI, XXXIX) de quarante à cinquante ans ;

— Neuf (Obs. X, XIV, XV, XX, XXXI, XXXIV, XXXVII, XXXVIII) de cinquante à soixante ans ;

— Six (Obs. IV, XXVI, XXX, XXXIII, XL) soixante ans ou plus.

La fréquence semble donc maxima entre cinquante et soixante ans. Nous ferons cependant remarquer que de nombreuses observations ne donnent aucun renseignement sur l'âge des sujets.

Si l'âge ne paraît pas jouer un rôle primordial dans l'étiologie de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas, il n'en est de même ni du sexe, ni de la profession.

Sur quarante observations, nous n'en trouvons que cinq concernant des femmes, les trente-cinq autres se rapportent à des hommes qui exercent les professions les plus diverses,

d'industriel à charretier. Cette diversité, qui semblerait devoir faire éliminer l'influence de la profession, n'est cependant qu'apparente, si on la considère sous l'angle de l'activité déployée. Presque toutes, en effet, imposent une grande activité physiologique, c'est évident pour le journalier, le tonnelier, le charretier, le carrier, l'agriculteur, le maçon, des observations II, VI, XIV, XXI, XXVI, XXXVI ; quiconque est un peu au courant de la vie moderne ne s'étonnera pas de voir Phelip signaler la très grande activité déployée par l'industriel venu le consulter (Obs. XXXVIII).

Beaucoup de sujets présentent encore un point commun : ils sont atteints d'une tare physique. Ce peut être une diathèse (arthrite des observations VII, XIII, XVIII, XXXVIII), une imprégnation tuberculeuse (observations I, XXI, XXVI, XXXVIII) plus ou moins marquée, ou syphilitique (Obs. XXIII, XXXV, XXXVII), ou même une maladie en pleine évolution comme dans les observations I, V, VIII, XII, XXI, XXVII, XXVIII, et alors cette maladie est la cause directe de l'hygroma qui sera un hygroma suppuré infectieux.

Enfin, dans un certain nombre de cas, nous trouvons la notion de traumatisme antérieur de la région de la hanche. La nature de ce traumatisme est variable. C'est une chute de voiture (Obs. IX), un écrasement de la jambe entre deux véhicules (Obs. XXII), une fracture haute du fémur (Obs. XXIV), un choc violent (Obs. XXXII), un écrasement par une roue (Obs. XXXIV) ; mais ce peut être aussi, sans que ce soit spécialement mentionné, la suite de petits traumatismes que représentent les glissements du psoas sur sa bourse à chaque contraction et qui seront d'autant plus marqués s'il y a une saillie exagérée du bord antérieur de l'os iliaque ou de l'articulation coxo-fémorale (Obs. XXXVII : déformation de la tête fémorale par arthrite sèche ou nerveuse) qui provoque une augmentation de la pression des fibres du psoas sur la bourse sous jacente. Cependant le traumatisme seul ne paraît pas suffisant pour déterminer un hygroma, et même dans l'observation de Chastenet de Géry, où le malade a vu apparaître une petite tumeur à la suite du

passage d'un chariot sur la racine de la cuisse, on retrouve, avec l'existence d'une sciatique et d'une hémorragie rétinienne, la notion de diathèse probable.

Mais il n'est guère cependant qu'une variété de bursite sous-iliaque où l'étiologie soit nette, c'est quand il s'agit d'hygromas secondaires. Ceux-ci peuvent, comme les primitifs, être ou suppurés (observations I, XXVII, XXVIII), ou simples (Obs. IV et XXVI).

Dans tous ces cas on trouve un caractère commun : il y a communication large entre la bourse sous-iliaque et l'articulation coxo-fémorale. On peut expliquer le processus d'envahissement de la bourse de la façon suivante : les lésions commencent par toucher l'articulation, causent un effondrement du bourrelet cotyloïdien. La communication de la bourse et de l'articulation jusque là virtuelle devient alors réelle et permet l'atteinte de la bourse.

En résumé, l'étude de l'étiologie des hygromas de la bourse séreuse du psoas nous conduit aux conclusions suivantes : il s'agit d'une affection qui se rencontre huit fois sur dix chez des hommes adultes, actifs, souvent en bonne santé apparente, mais présentant très généralement une tare diathésique ou infectieuse, et qui, fort souvent, reconnaît comme cause déterminante un traumatisme de la région inguinale.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des hygromas de la bourse séreuse du psoas sont sensiblement les mêmes pour les formes aiguës purulentes ou pour les formes chroniques, et la différence sera faite uniquement par la notion de fièvre ou d'infection antérieure. Le premier type est d'ailleurs peu fréquent, puisqu'on n'en relève que quatre cas (observations V, VIII, XXVII, XXVIII).

A l'encontre de ce qui se produit pour beaucoup d'affections, il ne nous semble pas qu'il soit possible, pour les bursites sous iliaques, de distinguer une phase de début et une période d'état. Si, en effet, nous admettons que c'est l'apparition de la tumeur qui marque le début de la période d'état, nous sommes amenés à considérer que dans un certain nombre de cas (Obs. XXXIV, par exemple), il n'y a pas eu de phase de début. Dans beaucoup d'autres observations, en outre, l'apparition de la tumeur n'a pas été marquée par une quelconque modification des signes cliniques.

Cette remarque faite, nous aborderons l'étude proprement dite de la symptomatologie de la bursite sous-iliaque en divisant les symptômes en subjectifs, constitués par les phénomènes douloureux et les troubles fonctionnels, et en objectifs, qui sont ceux que nous permet de découvrir l'examen du malade.

Symptômes subjectifs :

1° *Douleur.* — Seules quatre observations sur quarante ne nous donnent aucun renseignement sur ce point. Aussi est-ce dire toute l'importance qu'il présente.

On peut dire que, dans la plupart des cas, il y a des phénomènes douloureux. En effet, si huit observations (Obs. III, VII, X, XI, XIX, XX, XXIX, XXXVIII) disent expressément qu'aucune sensation douloureuse n'a été ressentie, toutes les autres en affirment au contraire l'existence et en précisent le plus souvent la modalité, l'intensité et le siège.

Les douleurs sont irrégulières, venant par poussées suivies d'accalmies de durée variable, mais sans jamais régresser spontanément.

Leur intensité va de la douleur aiguë, voire même suraiguë (observation I, XXVI, XXVII, XXXI) à la douleur très discrète, signalée par les observation XV, XXXVII et XXXIX. Le plus souvent, ce sont des douleurs assez facilement supportées quand elles ne sont pas exacerbées par la fatigue ou les efforts. C'est ce qui fait qu'elles entraînent des incapacités de travail souvent totales, le malade voyant ses souffrances augmenter chaque fois qu'il reprend une activité un peu marquée.

Les localisations des phénomènes douloureux sont assez variables. La principale — douze observations (Obs. IV, XIV, XVII, XVIII, XXII, XXIV, XXVI, XXVII, XXXI, XXXIV, XXXVII) la mentionnent — est la région inguinale puis viennent la cuisse (Obs. I, II, VI, IX, XXI, XXX, XXXII, XXXIX), la hanche (Obs. VIII, XIII, XV, XVI, XXVII, XXVIII, XXX XXXIII), le genou (Obs. XIII, XV, XVI, XXXI, XXXIV), la région sacro-iliaque et la région du dos (Obs. II, XXXII, XL), la région fessière (Obs. XXXIV), le trajet du crural (Obs. XIV). Contrairement à Vasserot, qui considère l'aine comme le siège principal unique et les autres localisations comme des irradiations de la douleur inguinale, nous pensons que ces autres localisations peuvent parfaitement être indépendantes de toute douleur inguinale et constituer un foyer initial. Nous n'en voulons pour preuve que les observations XV (douleurs ressenties uniquement dans le genou) et XL (les douleurs sacro-iliaques irradient d'une façon fugace dans le scrotum) ; mais nous voyons qu'il n'est nullement parlé de douleurs

inguinales dans beaucoup d'autres cas (Obs. I, IX, XIII, XXI, XXXIII, XL, par exemple).

La cause des phénomènes douloureux nous paraît comme à Durville pouvoir être attribuée à l'irritation des fibres sensitives du nerf crural comprimées par l'accroissement de volume de la bourse sous-iliaque. L'observation de Prengrueber-Perier (Obs. XIV) ne fait qu'appuyer cette hypothèse.

2° *Troubles fonctionnels.* — Ils sont de deux sortes : l'impotence relative et la pesanteur du membre inférieur.

La sensation de pesanteur de la jambe se rencontre dans un petit nombre de cas, de même que la sensation de faiblesse ou simplement de gêne. Les observations XVII, XXXIII et XL sont formelles sur ces signes. Dans l'observation XXXIII, on note également l'existence d'engourdissements passagers du membre inférieur.

Quant à l'impotence relative, elle est à peu près constante, qu'elle soit provoquée par la douleur, par la sensation de faiblesse ou la limitation des mouvements par le volume de la tumeur. C'est sans aucun doute un des symptômes les plus fréquemment rencontrés.

On rencontre à peu près toutes les gradations possibles de cette impotence et nous ne pourrons mieux faire que de citer quelques exemples. Dans le cas de Cullen (Obs. XXIX), il est rapporté que le malade « maintenait sa jambe raide et dans la marche l'articulation de la hanche était maintenue aussi immobile que possible » (Cullen). D'autres malades, après avoir eu de la gêne simple de la marche, ont dû en recourir à des béquilles ou même s'aliter (Obs. VII, Heineke). Le plus souvent, cependant, on note des impotences moins marquées, bien qu'entraînant souvent une cessation du travail ou un ralentissement marqué de l'activité. Tels sont les malades de Chassaignac (Obs. II), de Paget et Baker (Obs. XIII), de Sprengel (Obs. XV), du docteur Sylvain Blondin (Obs. XL), pour n'en citer que quelques exemples. Il peut aussi se produire simplement une gêne discrète entravant seulement quelques mouvements (Obs. XXXVIII), où l'

malade de Phelip éprouve de la difficulté à soulever la jambe du plan du lit). Enfin, dans quelques cas rares, l'impotence est si peu marquée qu'elle n'est pas même mentionnée (Obs. XVII, XXXIV) et qu'on fait seulement allusion aux phénomènes douloureux.

Les causes de l'impotence fonctionnelle du membre inférieur, assez nombreuses, sont, on peut dire, purement subjective ; car, lorsqu'on examine les patients on ne constate, le plus souvent, pas de lésions organiques de l'articulation coxo-fémorale et les mouvements passifs restent sensiblement normaux. Comme Vasserot, nous pensons qu'il faut voir là le rôle capital joué par les douleurs que cause l'existence, même latente, de la tumeur. Nous remarquons, en effet, que spontanément le malade se met dans une position équivalant au repos du psoas : flexion de la cuisse, rotation externe et abduction (Obs. XVI, XXXI) quand la jambe est maintenue raide on a évidemment une contraction du psoas, mais comme il n'y a pas de relâchement de celui-ci, la cause principale d'irritation de la bourse, j'entends le glissement du tendon du psoas sur celle-ci, disparaît. Enfin, il est évident que le psoas fournit un travail bien plus considérable dans la station debout que dans la station couchée et que dans ces conditions la première sera souvent mal supportée.

Quant au volume de la tumeur, quand il est considérable, on conçoit qu'il puisse constituer un obstacle matériel aux mouvements de la hanche ou, plus justement, de la cuisse par rapport au bassin.

Que les mouvements passifs soient plus faciles et plus complets que les mouvements actifs s'explique assez bien, puisque le rôle des muscles devient alors, sinon nul, du moins très réduit.

Symptômes objectifs :

Nous avons déjà dit plus haut que c'étaient ceux que nous fournissait l'examen du malade quand il vient consulter. Ils résultent plus particulièrement de l'examen de la tumeur, qui nous permettra de préciser sa forme, son volume, sa

consistance, sa topographie, mais aussi de l'examen somatique général.

Examen de la tumeur. — D'une manière générale, à moins qu'elle ne soit extrêmement volumineuse comme dans le cas de Pisano, la tumeur est rarement mise en évidence par l'inspection. Si, cependant, celle-ci est faite très soigneusement et à jour frisant, on remarquera souvent l'existence d'une masse anormale qui repousse les vaisseaux vers la surface et rend parfois leur battement visible. Sauf dans les cas d'hygromas aigus, la peau ne présente pas de modifications appréciables. Dans le cas d'hygromas aigus purulents, elle sera parfois rouge et amincie (Obs. VIII).

La palpation permet de trouver des renseignements infiniment plus précis et, de ce fait, plus intéressants. C'est elle qui nous fixera sur la forme, le volume, le siège et la consistance de la tumeur.

D'une façon générale, la forme de la tumeur est ovoïde ou arrondie. Son grand axe est le plus souvent parallèle au bord du psoas, oblique en bas et en dedans. Il est cependant des exceptions. Paget et Baker (Obs. XIII) nous signalent une tumeur hémisphérique, Le Dentu une autre qui affecte la forme d'un losange (Obs. XVII) qui, exceptionnellement, présente une grande diagonale nettement horizontale. Dans l'observation de Cullen (Obs. XXIX), nous voyons une tumeur de forme complexe puisque nettement en forme de bissac. Il n'en reste pas moins que, dans la très grande majorité des cas, la tumeur est, comme nous le disions, ovoïde à grand axe vertical ou légèrement oblique. Cela n'a rien de surprenant si l'on se souvient de l'anatomie normale de la bourse séreuse du psoas.

En ce qui concerne le volume, on le voit très souvent comparé à celui d'un œuf (Obs. II, VI, XIV, XXI, XXIII, XXVI, XXXIII, XXXIX), d'un citron (Obs. X) ou d'une mandarine (Obs. XL). Mais ce volume peut être plus considérable et,

passant par les dimensions d'une pomme (cas de Natalis Guillot, Obs. IV), d'un (Obs. XXXIV) ou de deux poings (Obs. XX), atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme, comme dans le cas de Pisano (Obs. XXX) ou d'enfant (Obs. IX, Schaeffer). Dans certains autres cas, la quantité de liquide retiré — deux litres dans l'observation XI (Verner in Volkmann) — ou les dimensions données — dix-huit centimètres de diamètre pour le kyste hémisphérique de Paget et Baker — montrent que les hygromas de la bourse séreuse du psoas peuvent acquérir un volume vraiment considérable.

La consistance de la tumeur nous donnera quelques indications précieuses, bien que là encore assez variables et même contradictoires. Si des observations assez nombreuses nous signalent des tumeurs fluctuantes (observations IV, VII, X, XVIII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXX), voire même molles et fluctuantes (Obs. VI, XVII) aussi nombreuses sont celles qui, au contraire, signalent ou de la rénitence (Obs. XV, XXXVII) ou de la rénitence alliée à de la fluctuation (Obs. XXI) ou de la tension (Obs. VIII, XX, XXXVII), ou encore une fermeté pouvant aller jusqu'à la dureté (observations XXXIV, XXXV, XXXVIII, XL). Quelques observations (Obs. IV, VI, IX) fournissent un enseignement précieux. On y lit en effet que la tumeur renitente ou dure, quand la cuisse est étendue, devient molle et fluctuante quand celle-ci est fléchie. Une remarque du même genre figure dans l'observation de Sprengel, bien que là la fluctuation obtenue soit qualifiée d'insignifiante. En tous cas ces trois observations nous permettent d'affirmer qu'il sera toujours bon, nous dirons même indispensable d'étudier la consistance d'une tumeur de l'aine, cuisse étendue et cuisse fléchie, car si cette tumeur est sous-jacente au psoas, dans le premier cas la contraction de ce muscle appuiera sur elle et tendra à la faire durcir, alors que dans la seconde éventualité le muscle relâché laissera à la tumeur sa consistance réelle.

La détermination du siège de la tumeur présente une importance capitale pour le diagnostic, bien qu'elle soit parfois assez difficile.

Les hygromas de la bourse séreuse du psoas sont très généralement perçus dans la partie externe du triangle de Scarpa. Leurs limites sont variables avec leurs dimensions. Du côté interne ils refoulent très souvent les vaisseaux fémoraux en avant et en dedans ; mais ils peuvent aussi simplement les soulever, comme dans le cas de Natalis Guillot (in Maisonneuve). Du côté externe, la tuméfaction peut aller jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure (Obs. XV) et le bord du fascia lata.

La délimitation vers le haut est souvent moins nette. Si la tumeur dépasse assez rarement l'arcade crurale pour Durville, Lund, au contraire, admet en général sa pénétration dans le bassin. L'observation de Cullen (Obs. XXIX) semble confirmer cette opinion puisque la tumeur était dans ce cas presque purement pelvienne. En bas, la tumeur descend le plus souvent à plusieurs centimètres en dessous de l'arcade crurale, dans le cas de Charleston elle allait même jusqu'au genou. Signalons, à propos de la recherche du siège de la tumeur en surface, que ses limites sont généralement nettement perçues, régulières, lisses.

Outre la détermination de l'aire de la tumeur, il nous faut aussi préciser sa profondeur. Comme on peut très rapidement s'en rendre compte, celle-ci est considérable. La tumeur adhère en effet aux plans profonds. Elle est perçue comme relativement très fixe, peu intéressée par les mouvements des muscles de la hanche et de la cuisse, alors que les mouvements de la hanche l'intéressent nettement, et en faisant exécuter certains de ceux-ci on peut voir que la masse est sous-jacente aux muscles couturier et psoas. L'observation XXXIV présente à ces points de vue une description très nette : « Le malade étant couché », écrit en effet Chastenet de Gery, « si l'on fait fléchir la cuisse, la tumeur paraît s'enfoncer, mais ne remonte pas ; par contre, si l'on fait asseoir le malade, elle donne l'impression de s'abaisser un peu, en somme, comme si elle était fixée au bassin plutôt qu'au fémur. »

Enfin, un dernier point doit attirer l'attention du clinicien : les rapports de la tumeur et des vaisseaux fémoraux. Une palpation soigneuse et attentive permet sans trop de difficultés de se rendre compte que les vaisseaux sont refoulés. mais jamais dilatés ; que la tumeur n'a pas de battements propres ni d'expansion. Si on y joint l'auscultation, on s'aperçoit qu'il n'existe pas de souffle.

La palpation, outre les renseignements qu'elle donne sur l'aspect de la tumeur, sa consistance, son siège et ses rapports, révèlera, dans quelques cas, de la crépitation. Celle-ci est très inconstante et n'est mentionnée que dans les observations VII, XV, XXXV et XXXIX). Dans ces deux dernières elle peut sans doute être attribuée à la présence dans le sac de masses ostéocartilagineuses mises en évidence à l'opération.

La réductibilité plus ou moins marquée de la tumeur n'est rencontrée que dans trois cas (Obs. VII, IX, XIX) et semble explicable par l'existence d'une communication soit avec l'articulation de la hanche (Obs. VII), soit simultanément avec l'articulation et une autre poche (Obs. IX). Ce dernier cas est d'ailleurs beaucoup plus intéressant puisque ces communications furent vérifiées à l'intervention.

Quant à la percussion de la poche elle ne présente qu'un caractère très accessoire et indique constamment une matité complète.

Examen somatique :

Il portera sur l'ensemble de l'organisme et plus particulièrement sur le membre inférieur et le bassin.

A) L'examen du membre inférieur nous permettra de trouver des renseignements intéressants aux points de vue attitude, atrophie musculaire, troubles nerveux et circulatoires locaux, fonctionnement et état de l'articulation de la hanche.

Très fréquemment, comme nous l'avons déjà signalé en parlant des phénomènes douloureux, les malades présentent avec une attitude vicieuse, soit qu'il y ait raidissement de la

jambe entière, soit qu'il y ait flexion de la cuisse combinée ou non avec l'abduction et la rotation externe.

Ces attitudes ont entraîné une nette atrophie musculaire dans quelques cas (Obs. IX, XV, XXI). Mais, dans le plus grand nombre d'observations, on ne trouve aucun renseignement sur ce point. Dans le cas du Docteur Sylvain Blondin, comme précédemment celui de Chastenet de Géry, il est, par contre, stipulé qu'il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Dans sa communication à la Société de Chirurgie, Chastenet de Géry insiste sur l'abolition du réflexe rotulien, qui serait un signe d'atteinte du crural, et qu'il avait relevé à l'examen de son malade. Les observations ou communications antérieures n'en parlent pas et celles qui sont postérieures sont aussi peu explicites à ce sujet, à l'exception toutefois de celle du Docteur Sylvain Blondin. Celui-ci ne signale pas de troubles de la réflectivité. Cela ne permet d'ailleurs pas de tirer de conclusions fondées sur ce point et nous amène, comme Vasserot, à souhaiter que la recherche du réflexe rotulien soit faite systématiquement, et surtout que le résulatt obtenu soit indiqué dans les communications à venir.

Les troubles circulatoires sont très souvent signalés dans les hygromas de la bourse du psoas : seuls Kummer relève de l'œdème diffus, et avant lui Fricke, un énorme œdème du membre inférieur, des varices, du purpura. Les observations de Gatch et Green d'une part, du Docteur S. Blondin d'autre part, indiquent qu'il n'y a aucune modification de la tension artérielle ou de l'indice oscillométrique que l'on examine le coté malade ou le sain, et la seconde stipule qu'il n'y a pas de circulation collatérale. Cependant, dans le cas de Gatch et Green, les sensations d'engourdissement signalées par le malade pourraient peut-être s'expliquer par des troubles momentanés de la circulation.

Localement, on ne remarque que rarement aussi des modifications de la peau dans les hygromas chroniques. L'un seul fait allusion à une irritation de la peau recouvrant la tumeur (Obs. XXVI). Dans les cas d'hygromas aigus, par contre, les téguments prennent l'aspect habituel qu'ils présentent dans

les cas d'abcès et on peut aussi, dans ces cas, noter l'élévation locale de la température qui n'existe jamais dans le cas d'hygromas chroniques.

Des réactions ganglionnaires sont quelquefois signalées, même en dehors des cas d'hygromas aigus ou tuberculeux. Les observations XXXII, XXXIII et XL font état d'adénites inguinales, d'ailleurs assez discrètes, mais qui peuvent, dans une large mesure, égarer le diagnostic, comme le prouvent les trois observations citées où il ne fut pas fait avant l'intervention.

Le fonctionnement de l'articulation de la hanche dans les cas d'hygromas chroniques simples n'est presque jamais intéressé d'une façon nette. Les cas de limitation des mouvements relèvent beaucoup plus de l'influence mécanique et douloureuse de la tumeur que d'une atteinte de la hanche Aussi les mouvements passifs restent-ils généralement normaux ou très faiblement limités. Il n'en est pas de même dans les hygromas aigus ou les hygromas tuberculeux. Souvent, dans ces cas, l'articulation est intéressée soit primitivement, soit secondairement, et présente de graves troubles fonctionnels (Obs. VIII, XII, XXI). Notons en passant que dans le cas de Volkmann (Obs. XII), le mécanisme de l'atteinte paraît obscur puisqu'il n'y avait pas de communications entre l'articulation et la bourse.

L'examen du squelette montre dans l'immense majorité des cas d'hygromas chroniques simples, l'intégrité de celui-ci. Le cas de Natalis Guillot, où on trouva à l'autopsie une disparition complète de la tête fémorale, du col et de la cavité cotyloïde constitue une exception. Les observations récentes, où l'examen radiographique a été pratiqué, donnent des résultats du même ordre puisque deux d'entre elles (Obs. XXXIV et XXXVII) ont montré une atteinte minime du squelette. Dans le cas que nous a communiqué M. le Docteur Sylvain Blondin, les lésions d'arthrite de la hanche ne sont apparues que plus d'un an après la dernière intervention Dans les cas d'hygromas aigus ou tuberculeux, les lésions

squelettiques sont beaucoup plus fréquentes (Obs. VIII, XII, XXVII), mais ne représentent pas la moitié des cas publiés (trois sur sept).

B) L'examen général devra être fait méthodiquement et très complètement. Il permettra souvent de mettre en évidence l'existence d'une affection latente, soit infectieuse (syphilis, tuberculose), soit diathésique (arthritisme).

ÉVOLUTION - PRONOSTIC

L'évolution de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas est assez variable suivant les cas.

En général, le début, insidieux, est difficile à préciser, et ce n'est que très exceptionnellement qu'on peut, comme dans l'observation XXXIII de Chastenet de Géry, fixer nettement la date de l'apparition de la tumeur. Le plus généralement, l'existence de celle-ci n'est perçue qu'à l'occasion de troubles plus ou moins marqués.

Par la suite, on observe souvent des phases de rémission plus ou moins longues dues, soit à l'observance d'un repos relatif, soit à l'établissement d'un traitement. Dans le cas de Paget et Baker, la rémission ainsi obtenu a été particulièrement longue et a atteint six ans. Mais c'est là l'exception. Dans le plus grand nombre des observations où ce renseignement figure d'une façon nette, nous voyons les hygromas évoluer assez rapidement après l'apparition de la tumeur, en un an ou même beaucoup moins, quelques semaines parfois, comme dans le cas de Gatch et Green, ou l'un de ceux de Lund. Il est vrai que pour ce dernier il s'agit d'un hygroma aigu consécutif à une arthropathie d'origine microbienne.

En tous cas, nous voyons presque constamment la tumeur, d'abord indolente, ou peu douloureuse, s'accroître assez régulièrement jusqu'à l'obtention d'un volume peut-être considérable — une tête de fœtus (Obs. XXX) — mais qui n'excède en général pas celui d'un œuf de poule. Cet accroissement s'accompagne souvent de crises douloureuses entraînant une immobilisation plus ou moins complète.

En l'absence de traitement, on ne note aucune tendance à la régression. Une simple ponction n'amène qu'une sédation

des phénomènes douloureux ou de l'impotence très provisoire, la collection se reformant très vite. Cependant, la rupture de la poche n'est mentionnée dans aucune observation. Sauf dans les cas d'hygromas consécutifs à des infections, on ne note pas de décès dus à l'affection. Le cas de Le Dentu-Dagron ne fait, malgré les apparences, que confirmer notre opinion sur ce point puisque le seule indocilité du malade a entraîné l'infection qui a provoqué la mort.

La guérison est très fréquente, surtout depuis qu'on opère ces hygromas par extirpation de la bourse. Elle intervient même dans des cas d'hygromas aigus, comme l'hygroma secondaire à une arthrite gonoccique publié par Lund.

Nous ferons remarquer que le cas qu'a bien voulu nous communiquer le docteur Sylvain Blondin est le seul où nous trouvions une récidive du côté opposé.

Pour résumer ce chapitre, nous dirons donc que les hygromas de la bourse du psoas commencent insidieusement, évoluent par poussées plus ou moins rapides, ne donnent que rarement lieu à des complications ou à des récidives, se terminent en général par la guérison après intervention. Celle-ci est commandée par l'existence de phénomènes douloureux ou nerveux qui, sans elle, pourraient persister.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hygromas de la bourse séreuse du psoas est assez malaisé et il est rarement fait.

Les bases en seront les suivantes :

1° L'emplacement de la tumeur, qui est profonde, sous-jacente aux plans musculaires et plus ou moins adhérente au plan osseux, située dans la partie externe du triangle de Scarpa.

2° Le volume et la forme de la masse. Celle-ci est souvent assez volumineuse, régulière dans son ensemble, même quand il existe des diverticules. Elle est arrondie à ses extrémités, souvent unique.

3° L'irréductibilité de la tumeur. Il est exceptionnel, comme nous l'avons vu, qu'il y ait une réductibilité, même partielle. Quand elle existe, elle n'est possible qu'en exerçant une pression relativement grande et cesse avec celle-ci.

4° La consistance de la tumeur, qui varie fréquemment avec les mouvements de la cuisse par rapport au bassin, l'existence de crépitations ou de craquements, constitue aussi un élément important du diagnostic positif.

5° L'existence d'une douleur ou d'une gêne dans la région de la hanche sans que des lésions avérées de celle-ci les justifient. Ces douleurs sont augmentées par toutes les causes d'irritation : exercice, palpation.

6° L'existence de troubles fonctionnels du membre inférieur en dehors de causes évidentes.

7° Les notions : *a)* d'affections diathésiques ou infectieuses comme l'arthritisme, la tuberculose, la syphilis, la typhoïde, la blennorragie ;

b) de traumatisme antérieur : celui-ci est souvent mentionné dans les observations.

*
**

Mais le diagnostic ne sera vraiment définitivement pose que lorsque l'on aura éliminé les affections de la région de la hanche et du triangle de Scarpa, dont beaucoup peuvent être confondues avec les hygromas de la bourse séreuse du psoas. Les principales erreurs sont commises avec :

1° Les hernies crurales. Cette erreur peut être facilement évitée quand on se souvient que celles-ci présentent presque constamment de l'impulsion à la toux et une réductibilité totale (sauf si elles sont étranglées) et qu'enfin elles se situent en dedans des vaisesaux fémoraux, alors que les tumeurs de la bourse du psoas sont à peu près toujours externes par rapport à ceux-ci.

2° Les tumeurs néoplasiques qui sont plus difficiles à éliminer. Elles ne présentent ni fluctuation, ni réductibilité, s'accompagnent souvent de réactions ganglionnaires marquées et contracteront beaucoup plus facilement des adhérences.

3° Les adénites : Celles-ci sont très rarement uniques et, de plus, se révèlent à un examen soigneux comme beaucoup plus superficielles.

4° Les anévrysmes de la fémorale qui se caractérisent par des battements propres et souvent une dilatation perceptible, quand il s'agit d'anévrysme artério-veineux par un bruit de souffle.

5° Les kystes hydatiques qui ne peuvent guère être éliminés que par les réactions de laboratoire ou par la ponction

exploratrice, procédé qui, pour la région inguinale, paraît assez dangereux.

6° Les abcès froids ossifluents qui ont souvent des contours peu nets et entraînent des lésions osseuses au même titre que

7° La coxalgie, qui présente en outre des points douloureux d'élection.

8° La psoïte qui n'a jamais donné lieu, dans les observations publiées, à une erreur de diagnostic. Elle s'accompagne en tous cas de signes aigus nets : fièvre.

Nous ferons remarquer cependant que dans plus des deux tiers des cas le diagnostic n'a pas été fait avant qu'on intervienne ou qu'on ponctionne. Si, comme Vasserot le fait très justement remarquer, cette dernière méthode est quelque peu aveugle et dangereuse, elle donne néanmoins des renseignements intéressants sur le contenu de la tumeur. Quand le diagnostic n'a pas été fait antérieurement, il est en tous cas posé lors de l'intervention.

TRAITEMENT

L'institution d'un traitement sera commandée par l'importance des phénomènes douloureux, des troubles fonctionnels présentés par le malade qui, poussé par eux, viendra consulter, souvent assez tardivement d'ailleurs. De plus, dans les cas où le diagnostic n'est pas fait, le doute que l'on a sur la nature de la tumeur commandera souvent une intervention au moins exploratrice.

On peut dire que les méthodes de traitement des hygromas de la bourse du psoas peuvent être scindées en deux groupes faisant appel, l'un à la médecine, l'autre à la chirurgie.

Le traitement médical fait appel en premier lieu au repos. Celui-ci procure souvent une amélioration momentanée de l'état du malade. Son action est complétée, soit par des vésicatoires et des badigeonnages iodés (Obs. VII), soit par des émollients (Obs. XIV), soit encore par la compression (Sonneborn, Obs. XVIII, bandage compressif et plâtre).

Le traitement chirurgical comprend la ponction suivie ou non d'injections modificatrices et les interventions sanglantes.

I. - La ponction simple a été beaucoup employée, surtout quand la chirurgie ne disposait pas encore de moyens efficaces d'antisepsie. Dans deux cas elle fut accompagnée, ou mieux, suivie d'injections modificatrices : solution iodée (Obs. II et VI).

II. - L'intervention sanglante a été pratiquée dans la grande majorité des cas (vingt-cinq sur quarante). La première que nous relevons est celle pratiquée par Rose en 1872. Elle visa soit à obtenir une large ouverture de la bourse qu'on

nettoie et dont on badigeonne la surface interne avec une solution antiseptique (Obs. VIII, XV), soit, le plus souvent, à permettre l'exérèse de la bourse et la fermeture de l'orifice de communication avec l'articulation coxo-fémorale quand celle-ci existe ; toutes sont très voisines et montrent bien que ces hygromas sont d'un accès très malaisé.

Les techniques :

Elles peuvent se résumer ainsi : incision verticale, parallèle aux vaisseaux fémoraux ou légèrement oblique, isolement de ceux-ci, réclinement ou dissociation des fibres du psoas pour découvrir la bourse, résection éventuelle de celle-ci en maintenant si nécessaire des lambeaux suffisants pour assurer la fermeture de l'orifice de communication avec l'articulation et fermeture avec ou sans drainage. Ce genre d'intervention est pratiqué soit simplement avec une anesthésie locale (Pisano, Chastenet de Géry), soit beaucoup plus souvent sous anesthésie générale, beaucoup de chirurgiens préférant celle-ci car elle permet d'obtenir un plus grand relâchement musculaire qui facilite une intervention difficile en raison de la situation très profonde de la bourse du psoas, qu'on ne peut atteindre qu'à travers ce muscle. Sauf dans les cas de Le Dentu-Dagron (Obs. XVII) et de Lund (Obs. XXVIII), où la mort intervient par infection généralisée, les suites sont simples.

Nous avons exposé les différentes méthodes de traitement. Il nous reste à en exposer les résultats. Seul Sonneborn a obtenu, par des moyens médicaux, une guérison complète de son malade, mais au prix d'une ankylose de la hanche qui a nécessité un traitement de mobilisation forcément assez long. Heineke n'a vu son traitement suivi d'aucune amélioration et Prengruber-Perier termine son observation en disant que « le repos et les émollients guérissent *à peu près* le malade ». Ce ne sont pas là des résultats fort encourageants.

Il en est de même pour la ponction simple. Toujours la tumeur se reforme plus ou moins rapidement (Obs. XIII, XIV, XX, XXIV).

Chassaignac (Obs. II) et Richet (Obs. VI) ont fait suivre la ponction d'une injection iodée et ont obtenu le premier une disparition à peu près complète de la tumeur, le second la guérison de son malade. Mais cette injection d'une solution iodée ne paraît peut-être pas aussi recommandable que cela étant donné la communication toujours possible de l'hygroma avec l'articulation coxo-fémorale.

L'ouverture de la tumeur, suivie de son nettoyage et de son irrigation ou de son badigeonnage avec une solution antiseptique, a donné de bons résultats à Sprengel, Lund et Arrou (Obs. XV, XXVI, XXVII, XXXVI).

La plupart des chirurgiens ne se contentent cependant pas de cette méthode et pratiquent l'exérèse complète de la bourse. Chastenet de Géry est, à notre connaissance, un des rares opérateurs qui n'ait pas pratiqué de drainage, ce qui ne l'a pas empêché d'obtenir une guérison complète de son malade. Il nous semble cependant que la fermeture sur un drain donne une garantie supplémentaire de réussite. Cette dernière est, on peut l'affirmer, la règle pour ce genre d'intervention. Jusqu'à l'observation de M. le Docteur Sylvain Blondin, on n'avait, après une telle intervention, jamais signalé de récidives ni de bilatéralisation. Il semble que l'une et l'autre relèvent de la continuation de l'évolution d'un processus d'arthrite de la hanche.

CONCLUSIONS

Les hygromas de la bourse séreuse du psoas constituent une affection vraiment peu fréquente puisqu'en un laps de temps non inférieur à cent ans, on en trouve seulement quarante observations.

Les formes aiguës sont des complications d'une arthrite aiguë de la hanche, toujours suppurée.

Elles trouvent leur cause soit dans une affection comme la tuberculose ou la syphilis, soit, plus souvent, dans une coxarthrie chroniqqe.

Les formes chroniques sont de beaucoup les plus fréquentes.

L'évolution en est insidieuse et très lente. Elles ne donnent jamais lieu à une régression spontanée.

Leur symptomatologie, basée sur les connexions anatomiques de la bourse du psoas expose, si on l'ignore, à des erreurs de diagnostic et peut, en particulier, faire penser à une hernie ou une adénite.

Elle comporte comme signes principaux : la douleur, l'existence d'une masse à contours réguliers, de consistance variable, l'impotence fonctionnelle plus ou moins marquée.

Leur traitement consiste dans l'exérèse aussi soigneuse que possible de la bourse du psoas.

Vu : *le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

Vu : *le Président de Thèse,*
PETIT-DUTAILLIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ARROU. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* 29 décembre 1928, p. 1474.

AUVRAY. — Kyste développé dans la bourse séreuse située sous le psoas. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie,* Paris, 1919, vol. 45, p. 980).

BAKER et MORRANT (W.). — *St-Bartholomev Hosp. Reports,* 1885, vol. 21.

CHARLESTON. — *Journal of American Medicin,* in *Central Blatt,* 1880, p. 127.

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage, 1859, t. II.

CHASTENET DE GÉRY. — Un cas d'hygroma de la bourse séreuse du psoas. (*Bull. et Mém. de Société de Chirurgie,* 29 décembre 1928, p. 1466, 1472 et 2 février 1929, p. 98).

CHURCHMANN. — Luetic Bursopathy of Verneuil. (*The American Journal of the Med. Society,* septembre 1909).

COZZI (N.). — Hygroma of psoas complicated with ossifluent abces case. (*Folia Medica,* 12 nov. 1929, p. 1635).

CULLEN. — A large cystic tumor developping from the ilio-psoas bursa. (*Journal Amer. M. Ass.,* Chicago, 1910, vol. 54, p. 1181-1184).

DAGRON. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque mort par infection purulente. (*Bull. Soc. Anat.,* Paris, 1891, vol 66, p. 140-143).

DURVILLE. — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. (*Thèse de Paris,* 1895, n° 78.

DELBET. — Corps étrangers contenus dans un hygroma de la bourse du psoas. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris,* 1902, vol. 28, p. 1264).

EHRLE. — *Würtemberg Medicinische Correspondantblatt,* octobre 1868, t. 38, n° 34, p. 275.

FRICKE. — *Jl der Chirurgie und Augenfeilkunde,* 1834, t. 21, p. 235.

HEINEKE. — *Mémoire,* paru à Erlangen, 1868, p. 104.

HOFFA. — *Monatschrifft für Unfallheilk,* 1869, vol. 100, p. 287.

JOLY. — Thèse de Paris, 1847.

KUMMER. — Un cas d'hygroma chronique de la bourse du psoas iliaque ou ilio pectinée. (*Revue Médicale de la Suisse Romande,* Genève, 1917, vol. 37, p. 374).

LUND. — The ilio-psoas-bursa, its surgical importance and the treatment of inflammatory conditions with report of three cases. (*Boston Med. and Surg.,* II, vol. 147, 1922 ; *Boston Med. and Surg. Jl ;* vol. 147).

MAISONNEUVE. — *Clinique Chirurgicale,* 1863, t. I, p. 243.

MICHANS. — Un diagnostico de un tumor inguinale. (*El dia Medica,* (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chim.,* 2 février 1929, p. 98-100).

MOMMSEN. — Zwei für alle gutartiger grosser Schleimbeutal Hygrome. (*Deutsche Med. Wochenschrifft Leipzig Universität,* Berlin, 1895, vol. 20, p. 107-109).

MONDAIN. — Un cas de communication directe de la bourse séreuse du psoas iliaque avec la synoviale de l'articulation coxofémorale. (*Arch. Med. d'Angers,* 1889, vol 3).

PAGET. — *Tr. Path., Soc. of London,* 1884, p. 342.

PHELIP (J.-A.). — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris,* 18 juin 1930, t. II, p. 845).

PISANO. — Un caso di igroma della bursa serosa dello psoas-iliaco. (*Poli. Clin.,* Roma, 1913, vol. 20, Sez prat., p. 414-445).

POPPI. — *Zur Casüistik der Bursitis iliaca,* 8, Kiel, 1900.

PRENGRUEBER. — *Gaz. des Hôpitaux,* 1885, n° 132.

ROSE. — *The Lancet,* V. 1.

SCHAFFER. — *Centralblatt für Chirurgie,* 1880, n° 27.

SÉNÈQUE. — Hygroma de la bourse du psoas. (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie,* séance du 22 juin 1938, n° 22).

SONNEBORN. — *Inaugur., Dissert.,* Marburg, 1894, p. 27.

SORREL. — Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. 12 : 809 B II, 9 septembre 1940).

SPRINGEL. — *Zentralblatt für Chirurgie,* 1887, n° 1.

VASSEROT. — L'hygroma chronique simple de la bourse séreuse du psoas.

VOHNOUT. — Suppuration streptococcique de la bourse séreuse sous-iliaque, (*Arch. für Klinische Chirurgie,* Berlin, vol 168, fasc. 1).

VOLKMANN (In Pitha und Bilbroth). — Handbuch der Allgemeinen und speciallen chirurgie, Stüttgart, 1882, Zweiter Band, Zweite Abteilung, Erste Hälfte, p. 822.

DE WECK et DUPRAZ. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas dû à la présence de corps libres consécutifs à une fracture ancienne du fémur. (*Revue Méd. Suisse Romande,* Genève, 1900, vol. 20).

WETZEL. — Hygroma der bursa subiliacan. *München Med. Wochenschrifft,* 1899, vol. 46, p. 658).

ZUELZER. — Die Schleimbeutal der Hüfte und deren Erkrankungen. (*Deutsche Zeitchrifft für Chirurgie,* 1898, vol 49).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11
HISTORIQUE 12
OBSERVATIONS 14
RAPPEL ANATOMIQUE 43
ETIOLOGIE 50
SYMPTOMATOLOGIE 53
EVOLUTION - PRONOSTIC 64
DIAGNOSTIC 66
TRAITEMENT 69
CONCLUSIONS 73
BIBLIOGRAPHIE 75

Imprimerie de Persan-Beaumont, 80, av. Wilson, à Persan
23.082 - Dépôt légal 1946 - N° 24